



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: medznania@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 01.12.2023

Тираж 1539 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

6(150)

ноябрь – декабрь, 2023

Издается с 1999 года
Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции

Реквием по старикам _____ 2

Тема номера

П. А. Левченко, Н. Ф. Сивец

Теоретические основы и практические подходы
к лечению пролежней _____ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

В. К. Милькаманович

Особенности медико-социальной работы
в системе здравоохранения _____ 8

Трибуна преподавателя

Л. Э. Кузнецова

Первичная профилактика рака шейки матки _____ 16

Обмен опытом

Т. И. Савченко, О. В. Мاستибродская, Л. В. Гайдучонок

Роль многопрофильной клинично-диагностической лаборатории
в диагностике патологических состояний _____ 23

Е. М. Василица, С. В. Жучкевич,

Л. Г. Чикунова, М. В. Астрейко

Чем опасен синтетический наркотик мефедрон _____ 26

В. А. Тавтын

Этические вопросы экстракорпорального оплодотворения _____ 28

Школа само- и взаимопомощи

В. К. Милькаманович

Как побороть вредную привычку _____ 31

ISSN 1027-7218



9 1771027 721803



2 3 0 0 6



Реквием по старикам

Дорогие коллеги!

Есть в жизни разделительная черта, до которой хочется ускорить течение времени, а после нее – замедлить или остановить. Это время, когда человек покоряется состоянию своего тела, сокрушенно смотрит на выпадающие волосы, озабоченно считает прожитые годы, не празднует день рождения, не понимая, что ключ к долголетию и счастью – это духовность.

Каждый возраст несет свои радости, каждому доступна своя внутренняя красота, и надо уметь этим наслаждаться. Ребенок открывает глаза и видит мироздание во всем богатстве и величии. Время изумления, доверчивости, пробуждения духа. Юноша познает любовь в сладостном томлении и мучительном блаженстве. Пора мечтательных

поисков, вопросов без ответов, дружбы и отречения, искренней любви ко всей Вселенной. Взрослый человек находит жизненное призвание, утверждает духовную самостоятельность. Период завершения формирования характера, увлекательных замыслов и перспектив. Зрелый муж познает радость и муки творчества, испытывает предел своих сил и предметную глубину жизни. Время заслуг и признания, счастье законченных творений. Старость вкушает покой и тишину сердца, наслаждается властью свободного отречения, видит перед собой дивный горизонт жизни. Пора сладостных воспоминаний, высшей духовной зрелости. А древнему старцу дано еще больше, он приобщается к таинственной целесообразности мира во всей глубине и благодати. Тихое учительство мудреца, мирное освобождение от всего слишком человеческого, предчувствие скорого преображения жизни. Он уже проникает взором в потустороннюю жизнь, готов благословить свой земной конец и, покидая землю, спокойно вступает в тот вечный мир, которому принадлежат его помыслы. Сколь же счастлив человек, приемлющий утеху старости и не утративший даров юности.

Между тем старческий возраст воспринимается как печальное осуждение жизни. Техногенная цивилизация подарила беспрецедентную в истории продолжительность жизни, но социум не готов ее принять. Уход стариков из общественной жизни воспринимается как норма, считается, что в наше состязательное время они мало на что годны. Стремление «подтянуть» их социальный статус и добиться активной интеграции в обществе отсутствует. Они могли бы передать накопленный опыт, но между поколениями возникла глубокая трещина из технологий и диджитализации. Молодежь, не знающая философии жизни, постоянно смотрящая себе в руку, где зажат мобильник, не понимает пожилых, их принято терпеть, если не полностью игнорировать. Раньше стариков слушали, теперь они одиноки. Если есть возможность, они переселяются в дома престарелых, где наблюдают, как постепенно уходят в мир иной их друзья, тихо вздыхающие через стенку. Или сиротливо живут в скромных городских квартирах и покосившихся сельских домах, отдавая последнее за газ и электричество.

Вступление общества в «век пожилых» выдвигает старение в число объективных факторов социального риска и требует создания комплексной системы медико-социальной защиты граждан преклонного возраста. К сожалению, позиция социума далека от идеальной, гериатрическая помощь в современном понимании фактически отсутствует. Престиж специальности «гериатрия» низок, медики не хотят работать со стариками в силу предубежденности и эйджистских представлений.

Как предотвратить или хотя бы смягчить кризис преклонного возраста? Рецепт вечной молодости «Не станешь с комсомолом, буду вечно молодым» перестал срабатывать после развала СССР. Гармония старости – это целый комплекс слагаемых, который начинается с государственно-правового регулирования статуса пожилых людей и заканчивается колоссальной духовной работой самого человека. Старение – не обязательно деградация, это процесс преобразования личности не всегда в худшую сторону. Важно мириться с проблемами возраста и обеспечить необходимую нагрузку душе, телу, интеллекту. Для противодействия потере мотивации жизни, особенно разрушительной в преклонном возрасте, Г. Селье предложил рецепт: «Думай о себе, но будь необходим для других». Жизнь, может, и должна завершиться старостью-гармонией, старостью-мудростью.

Дорогие друзья! Завершается 2023 г., он уйдет вместе с заботами и неудачами. Новый год стоит на пороге, и от вас зависит, чем он будет наполнен. Спасибо нашим авторам и читателям за преданность журналу, искренне надеемся на продолжение сотрудничества в следующем году. Желаем вам, вашим родным и близким крепкого здоровья, благополучия и творческих успехов! И не забывайте: дорога под названием «потом» ведет в страну под названием «никуда».

Светлого праздника Рождества Христова и счастливого Нового года!

С уважением,
профессор

Ю. К. Абаев



Доцент П. А. Левченко, профессор Н. Ф. Сивец

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛЕЖНЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет

Пролежни являются частым осложнением у больных с нарушенным питанием тканей, развивающимся как под воздействием внешнего давления, так и в результате различных системных заболеваний. Термин «пролежень» (*decubitus*, от лат. *decumbere* – лежать) не совсем корректен, поскольку дает основание считать, что пролежни образуются только при лежании пациента. В действительности пролежни могут развиваться в результате любого сдавления извне, особенно на месте костных выступов, а также у пациентов с нарушенной иннервацией тканей в результате повреждений или заболеваний спинного мозга. Клинически более правильным является обозначение данного патологического процесса как язвы, образующейся вследствие давления.

В современной зарубежной литературе существует много названий пролежня. Наиболее точно определяют понятие пролежня термины *pressure sores* или *pressure ulcers*, означающие «рана/язва от сдавления». В это определение входят понятия сдавления, трения и смещения кожи, которые являются ведущими у больных со спинномозговой травмой.

Клиническая проблема язв, обусловленных давлением, привлекала внимание врачей на протяжении всей истории медицины. Thompson сообщал о таких язвах, обнаруженных на египетских мумиях. Важный вклад в изучение этой проблемы внес еще Амбруаз Паре. В трактате «О язвах, свищах и геморрое» он дал обзор методов лечения данного состояния, которые актуальны и в настоящее время.

Пролежни являются серьезным осложнением у пациентов с повреждениями спинного мозга (ПСМ).

Частота травматических повреждений позвоночника и спинного мозга достигает 70 случаев на 1 млн населения в крупных городах Российской Федерации. Это означает, что ежегодно около 10 тыс. человек становятся тяжелыми инвалидами. Исследования частоты ПСМ в странах Европы при населении 415,7 млн человек выявили среднюю частоту травматического ПСМ 17,2 случая на 1 млн жителей.

Распространенность пролежней у пациентов в развитых странах примерно одинакова и составляет 16% осложнений других заболеваний (США и Великобритания). При этом по результатам специального исследования в США, если уходом за больными занимались специально обученные сиделки, распространенность этого осложнения снижалась до 8,1%. Летальность у больных с пролежневыми язвами, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах – от 21% до 88,1%

Длительно существующий гнойный процесс часто приводит к амилоидозу внутренних органов, в результате которого развивается почечная и печеночная недостаточность. Присоединение инфекции, особенно внутригоспитальных форм, вызывает тяжелый гнойный процесс.

Основной причиной смерти больных с пролежнями является раневой сепсис. По данным De Vivo и Stover, изучавших причины смерти 1601 больного с ПСМ, основной причиной смерти стала септицемия. От нее умерли 122 (8,7%) больных, причем пролежни были у 22%. Согласно данным Reed, летальность за 6 месяцев наблюдения у пожилых больных с незакрывающимися пролежневыми язвами составила 64%.

Наличие пролежней препятствует своевременному проведению реабилитационных мероприятий, приковывает больных к постели, лишает их возможности пользоваться протезно-ортопедическими аппаратами и затрудняет профессиональное переобучение и рациональное трудоустройство. В связи с этим эффективное лечение пролежней является актуальной задачей в комплексе мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с поражениями спинного мозга.

Основные сведения об этиологии и патогенезе пролежней у спинальных больных приведены в работах Е. И. Бабиченко, В. А. Арановича, А. В. Баскова, Meijer и соавт. и др.

Важные факторы, способствующие образованию пролежневых язв наряду со сдавлением тканей:

- сила смещения тканей;
- трение и влажность кожных покровов;

Тема номера

- ограниченная двигательная активность пациента;
- недостаточное питание и уход;
- нарушение чувствительности и трофики кожи;
- параплегия.

Кроме того, существенными факторами риска являются сопутствующие заболевания. В настоящее время лечение пролежней у больных с травмами позвоночника остается в числе актуальных задач клинической хирургии. Актуальность проблемы определяется неудовлетворительными результатами лечения. По данным О. Г. Когана, только в 7% наблюдений срок заживления был менее 1 месяца, в 24% случаев – свыше 6 месяцев. Другие авторы приводят еще более низкие показатели частоты заживления пролежней (23–59%).

В большинстве развитых стран мира до недавних пор пролежни пациентов с ПСМ лечили консервативно. Это было связано с двумя причинами. Первая – экономическая. По данным Американского национального центра по изучению ПСМ, на консервативное лечение одного пролежня необходимо примерно 30 000 долларов США. В случаях оперативного лечения эта цифра увеличивается в 2,5 раза. Вторая причина – высокий процент послеоперационных осложнений. По данным Griffith и соавт., частота рецидива составляет до 67%.

Лечение пролежней определяется стадией, степенью и размерами пролежня. Классификация АНСРР выделяет четыре стадии пролежневых язв по степени поражения тканей в соответствии с рекомендациями Консультативного совета по пролежневому язвкам с учетом ранее предложенных классификаций Shea и других авторов.

Консервативное лечение успешно при пролежнях I и II стадии. Консервативную терапию пролежней III и IV стадии в связи с недостаточной ее эффективностью ряд авторов рекомендуют рассматривать как предоперационную подготовку при хирургическом лечении. Терапевтические принципы данной подготовки изложены W. O. Seller и H. V. Stahelin и предусматривают:

- защиту от локального давления на ткани;
- мероприятия, направленные на нормализацию общего состояния больного;
- борьбу с локальной инфекцией;
- удаление некротических масс;
- местное лечение пролежневой раны, стимулирующее репарацию.

Учитывая значение покоя и неподвижности для заживления раны, следует уделять большое внимание положению пациента.

Для улучшения общего состояния, нормализации белкового обмена, борьбы с анемией в план общего лечения включают следующие мероприятия: переливание эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы и белковых препаратов,

комплексную витаминотерапию, применение пиримидинов и анаболических гормонов, полноценное белковое питание.

В лечении пациентов с хроническими ранами часто используют системное назначение антибиотиков с целью уменьшения бактериального присутствия в ране. При отсутствии инвазивных компонентов раневой инфекции, таких как целлюлит, лихорадка, признаки интоксикации, антибиотикотерапия приносит мало пользы. Несмотря на достаточный локальный кровоток, системная антибиотикотерапия не позволяет создать необходимый уровень лекарственного препарата в гранулирующей ране. Ишемизированные раны с малым количеством грануляционной ткани тем более плохо проницаемы для медикаментов. В связи с этим большинство авторов единодушны, что назначение общей антибиотикотерапии оправдано при развитии гнойно-септических осложнений, а также в до- и послеоперационном периодах.

Местное лечение пролежней в основном проводится по принципу лечения инфицированных кожных ран. Важность местного лечения гнойной раны и отсутствие полной удовлетворенности в его результатах породили большое количество методов лечения, лекарственных и физиотерапевтических средств, в первую очередь разработку повязок. Для закрытия измененных участков кожи наряду с марлевыми могут применяться специальные повязки, изготовленные из перевязочных материалов, таких как:

- прозрачные самоклеющиеся пленочные повязки;
- вафельные гидроколлоидные или гидрогелевые повязки;
- полупроницаемые пенопластовые повязки и др.

Следует отметить, что ряд авторов отдает предпочтение полупроницаемым пенопластовым повязкам, поскольку они отвечают основным требованиям лечения пролежневых язв. За язвой следует тщательно наблюдать до восстановления эпителиального слоя. В случае появления каких-либо признаков воспаления пациенту назначают антибактериальную терапию в сочетании с более частой сменой повязки.

Выбор перевязочного средства в зависимости от стадии пролежня представлен в таблице.

Вопрос о достижении стерильности пролежня является дискуссионным. По данным А. В. Баскова, все без исключения пролежни инфицированы, независимо от способа лечения. Наиболее часто высеваются с поверхности пролежневых язв *Proteus* и *Staphylococcus aureus*. Более уместно в этом плане судить не об инфицированности язв, а о признаках острого воспалительного процесса.

Выбор перевязочного материала

Вид повязки	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
Полиуретановые пленки	+	+		
Гидроколлоидные повязки	+	+	+	+
Аморфизированные гидрогели		+	+	+
Гидрогелевые повязки		+	+	+
Полиуретановые губки		+	+	+
Пенистые гели		+	+	+
Альгинаты		+*	+*	+
Гидроколлоидно-альгинатные повязки			+*	+

*Следует применять с осторожностью при активном гнойно-воспалительном процессе.

При лечении хронической раны нет необходимости добиваться ее стерильности. Энергичные попытки привести рану в стерильное состояние, наоборот, могут оказать повреждающее действие на молодые регенерирующие клетки.

В настоящее время спектр антибактериальных и других препаратов, оказывающих благотворное влияние на течение раневого процесса и применяемых для местного лечения ран и пролежней, достаточно широк. Он включает в себя препараты:

- антимикробные – бактерицидные и фунгицидные (борная кислота, хлоргексидин, диоксидин и др.);
- некролитические (коллагеназа, ируксол, дезоксирибонуклеаза, трипсин, химотрипсин, террилитин и др.);
- дегидратирующие – гиперосмолярные (димексид, альгипор), улучшающие микроциркуляцию (пармидин, трентал и др.);
- противовоспалительные (гидрокортизон, преднизалон, дексазон и др.);
- стимуляторы репаративных процессов (метилурацил, солкосерил, эктерицид) и др.

Многие из этих препаратов используются в виде мази на водорастворимой основе, что позволяет добиться высокой концентрации препарата в ране («Репарэф-1», «Репарэф-2», «Левомеколь», «Линкоцел» и др.). Это дает возможность более успешно санировать и лечить пролежни I и II стадии, а также готовить к оперативному лечению пролежни III и IV стадии.

Консервативное лечение пролежней в качестве предоперационной подготовки призвано для того, чтобы очистить рану от некроза и добиться появления хорошо васкуляризированных грануляций на всей раневой поверхности, включая подлежащие полости.

Некоторые физические факторы, используемые в гнойной хирургии, улучшают кровообращение в ране, уменьшают отек, стимулируют процессы репарации тканей, они нередко применяются в сочетании друг с другом, а также с антибактериальной и общеукрепляющей терапией. Для очищения раны используется ультразвуковая кавитация, УВЧ в тепловой дозе, ультрафиолетовое облучение, фоно- и электрофорез с антисептиками и антибиотиками, магнитотерапия, электростимуляция переменным импульсным или постоянным током, дарсонвализация, грязевые аппликации, электроакупунктура и ряд других. Их назначение зависит от стадии развития раневого процесса, формы и размеров пролежня, его локализации и позволяет на 15–20% ускорить подготовку пролежня к операции.

Перспективным методом является использование высокоинтенсивного лазерного излучения (ВИЛИ), основанного на его уникальных свойствах и способности к синергизму действия при комбинированном применении. Основные преимущества ВИЛИ: малотравматичность, гемостатический эффект, стерилизация очага поражения, отсутствие контактного распространения инфекции в ране, стимуляция процессов регенерации с ускорением заживления ран. К сожалению, применение хирургических лазеров не получило широкого распространения в отделениях гнойной хирургии, спинальных отделениях и реабилитационных центрах из-за высокой стоимости аппаратуры, необходимости оборудования специальной операционной.

Консервативная терапия с применением методов физиотерапии при соответствующем уходе способствует заживлению поверхностных и глубоких пролежней у некоторых больных, однако заживление нередко наступает лишь после 3–12 месяцев лечения, что задерживает проведение других реабилитационных мероприятий.

Основные факторы, тормозящие заживление и препятствующие ему:

- длительное нагноение;
- повторное травмирование гранулирующей поверхности;
- вторичное инфицирование;
- омозолелость краев пролежня;
- малигнизация;
- хронические бурситы;
- остеомиелит подлежащей кости;
- стойкость инфильтрата мягких тканей;
- локальные нарушения лимфо- и кровообращения;
- гиповитаминоз и гипопротеинемия.

В связи с этим наиболее эффективным является комбинированное консервативно-хирургическое лечение, при котором местное консервативное

Тема номера

лечение создает благоприятные условия для последующего оперативного вмешательства.

Подготовленный к операции пролежень не должен иметь признаков острого воспаления и некротических масс как снаружи, так и в бурсе. Его сформированная капсула должна быть покрыта созревшими грануляциями с участками краевой эпителизации. Кроме того, общее состояние пациента не должно препятствовать проведению пластической операции.

Некрэктомия и вскрытие гнойных затеков позволяют быстрее очистить пролежень и уменьшить интоксикацию. Еще Гиппократ за 300 лет до н. э. сформулировал основной принцип гнойной хирургии: «Ubi pus, ibi incisio, ubi pus, ibi evacuatio» («Где гной, там разрез, где гной, там эвакуация»). Некрэктомии производят постепенно, по мере отграничения некроза. Вскрытие и дренирование гнойных полостей делают сразу после их обнаружения. Ведение раны после этого должно быть открытым, до появления грануляций. Если гнойная полость имеет пиогенную капсулу и нет тенденции к распространению процесса, методом выбора может быть дренирование раны с активным промыванием полости раствором антисептика.

Хирургические методы удаления некротических масс эффективны, но некрэктомия часто сопровождается кровотечением, дополнительным инфицированием глубже расположенных тканей, в связи с чем показано применение гемостатических средств и антибактериальной терапии.

Хирургическое лечение пролежневых язв определяется стадией и размерами пролежня. Неправильно проведенное хирургическое вмешательство может лишь увеличить площадь язвы.

К хирургическому лечению пролежневой язвы приступают лишь после завершения подготовки пациента и раны. Порядок проведения операции предусматривает использование принципов или их модификаций, описанных Conway и Griffith.

Закрытие раны мягкими тканями является одним из наиболее оптимальных решений хирурга. До сих пор на практике довольно часто используются:

- аутодермальные дерматомные кожные лоскуты, пересаживаемые на гранулирующую рану;
- простое иссечение язвы и ее ушивание с натяжением ткани;
- звездчатое закрытие раны скользящими кожными лоскутами;
- двустебельковые кожные лоскуты и некоторые другие.

Недостатком перечисленных распространенных методов является высокий процент неудач и частый рецидив язв.

В настоящее время существует множество методов закрытия раны мягкими тканями, дающих не

только лучшие результаты, но и обеспечивающих хирургу более широкий выбор при планировании реконструктивной операции. Наиболее распространенной и, возможно, наиболее надежной операцией по закрытию нейротрофических язв является пересадка кожно-фасциального или кожно-мышечного ротационного лоскута.

В литературе представлен большой перечень методов реконструктивных операций, в том числе ранее существовавших, в области пересадки и применения сложных лоскутов.

Длительные сроки, необходимые для достижения клинического эффекта, заставляют искать новые подходы к консервативному лечению, способствующие ранней подготовке пролежневой раны к хирургическому вмешательству, а также способы улучшения консервативного и хирургического лечения пролежней любой локализации у пациентов с осложненной травмой позвоночника.

В последние годы большое внимание клиницистов привлекает метод гипербарической оксигенации, который используется в клинической практике при самой различной патологии.

Гипербарическая оксигенация (ГБО) – новый вид терапии гипоксических состояний, основанной на увеличении в организме физически растворенного кислорода при повышенном давлении в окружающей среде выше атмосферного.

Раневая гипоксия всегда вредна для раневого заживления и может быть важным фактором иницирования хронического процесса в ране, как это наблюдается при диабетических язвах стопы, пролежнях и ранах, обусловленных сосудистой недостаточностью.

Гипоксия – первичный стимул пролиферации фибробластов и ангиогенеза. Однако если гипоксия персистирует, раневое заживление замедляется. При напряжении кислорода в ране 30–40 мм рт. ст. фибробласты не могут размножаться, и коллагеновая продукция значительно снижается. Раневая гипоксия также предрасполагает рану к бактериальной инвазии, которая существенно влияет на раневое заживление.

Повышенное содержание кислорода в организме при ГБО позволяет нормализовать микроциркуляцию, усилить иммунобиологическую защиту организма, стимулировать регенеративные процессы, активизировать работу метаболических систем.

Впервые о применении барокамер повышенного и пониженного давления для лечения пациентов сообщил в середине XVII в. английский физик Hensbaw. Однако фактическим началом становления ГБО в современном виде следует считать 1958 г., когда голландский хирург Voegema опубликовал результаты опытов на животных, проведенных в камере с повышенным давлением кислорода.

Экспериментально доказано, что основной механизм действия заключается в способности кислорода распространяться из перфузируемой ткани в неперфузируемую (ротационный и другие лоскуты, используемые для пластического замещения дефектов тканей в первые дни после операции, поддерживая жизнеспособность ткани, пока не начнет функционировать собственное микроциркуляторное русло трансплантата, что очень важно в пластической хирургии). В то же время тканевая гипоксия при кожно-пластических операциях является основополагающим фактором возникновения некроза тканей. Преодолеть критический момент позволяет срочное проведение сеансов ГБО как для подготовки ложа трансплантата, так и непосредственно в ранний послеоперационный период для поддержания жизнеспособности пересаженной ткани. Эффективность ГБО в данном случае прямо пропорциональна своевременности и количеству проведенных процедур. Опоздание с ГБО на сутки может свести к нулю благоприятный эффект от лечения гипербарическим кислородом. Своевременное же введение его в арсенал лечебных средств способствует достижению положительного результата в улучшении состояния пациента и уменьшении сроков его лечения.

Положительная динамика микроциркуляции дает возможность применять оксигенобаротерпию при различной патологии, сопровождающейся специфическими и неспецифическими воспалительными процессами, системными и локальными нарушениями микроциркуляции.

Выводы

1. Пролежни – тяжелое осложнение ряда заболеваний, проявляющееся асептическим некрозом кожи и глубже расположенных тканей вследствие нарушения микроциркуляции из-за их длительного сдавления. Пролежни встречаются у всех групп взрослого населения, однако, несмотря на современные успехи науки и практики, результаты лечения их часто бывают неудовлетворительными.

2. Консервативные методы очищения пролежня от гнойно-некротических масс чрезвычайно длительны, связаны с ежедневной его обработкой и не всегда эффективны.

3. Лечение пролежней III и IV стадии консервативными методами является малоэффективным, но может быть использовано как этап предоперационной подготовки.

4. Эффективным для очищения и заживления ран является повышение степени оксигенации тканей, что может быть перспективным при лечении пролежней.

Использованная литература

1. Басков А. В. *Хирургия пролежней*. – М., 2001. – 208 с.

2. Van Marum R. J. *Pathofysiologie en klinische kenmerken van decubitus* / R. J. Van Marum, G. L. Schut, M. W. Ribbe // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* – 1994. – Bd. 138, № 2. – P. 66–71.

3. *The Collective Works of Ambrose Pare (Translated from the Latin by Thomis Johnson from the first English edition, London, 1634) Reprinted by Milford House*. – Poundridge, NY, 1968. – P. 470.

4. Ageis J. *Pressure ulcers: prevention and treatment* / J. Ageis, M. Spira // *Clin. Symp.* – 1979. – Vol. 31, № 5. – P. 1–32.

5. Campbell R. M. *Reconstructive Plastic Surgery*. – Philadelphia; London, 1964. – 700 p.

6. Dumurgier C. *Musculocutaneous island flap using the superior part of gluteus maximus* / C. Dumurgier, L. Lantieri, G. Rougerean // *Ann. Chir. Plast. Esthet.* – 1991. – Vol. 36, № 2. – P. 125–131.

7. Goossens R. H. *Influence of shear on skin oxygen tension* / R. H. Goossens, R. Zegers, G. A. Hoek van Dijke // *Clin. Physiol.* – 1994. – Vol. 14, № 1. – P. 111–118.

8. Griffith B. H. *The prevention and surgical treatment of recurrent decubitus ulcers in patients with paraplegia* / B. H. Griffith, R. C. Schultz // *Plast. Reconstr. Surg. Transplant.* – 1961. – Vol. 27. – P. 248–260.

9. Jeejeebhoy K. N. *How should we monitor nutritional support: structure of function?* // *New Horiz.* – 1994. – Vol. 2, № 2. – P. 131–138.

10. Morgan D. *An overview of modern wound management products* // *1 Intern. conf. modern approaches to the development of effective dressing materials and polymer implantans*. – N. Y., 1992. – P. 27–30.

11. Mustoe T. *Carcinoma in chronic pressure sores: a fulminant disease process* / T. Mustoe, J. Upton, V. Marcellino // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1986. – Vol. 77, № 1. – P. 116–121.

12. Schmidt C. *Exploration microcirculatory des arteriopathies des membres. Correlations laser-doppleret pressio d'oxygene transcutanee* / C. Schmidt, S. Adechokan, J. Mouhli // *Ann. Med. Nancy et EST.* – 1997. – Vol. 36, № 2. – P. 127–130.



Профессор В. К. Милькаманич

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Белорусский государственный университет

В соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании в систему образования включены:

- система дошкольного образования;
- система общего среднего образования;
- система профессионально-технического образования;
- система среднего специального образования;
- система высшего образования;
- система послевузовского образования;
- система дополнительного образования детей и молодежи;
- система дополнительного образования взрослых;
- система специального образования.

Основное образование в Республике Беларусь включает в себя дошкольное, общее среднее, профессионально-техническое, среднее специальное, высшее и послевузовское образование.

Дополнительное образование подразделяется на дополнительное образование детей и молодежи и дополнительное образование взрослых.

Специальное образование – обучение и воспитание лиц с особенностями психофизического развития в специальных условиях с организацией педагогической, медицинской, социальной и коррекционно-педагогической помощи. Коррекционно-педагогическую помощь оказывают в пунктах коррекционно-педагогической помощи, а также в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

Учреждения образования, в свою очередь, подразделяются на следующие типы:

- учреждения дошкольного образования;
- учреждения общего среднего образования;
- учреждения профессионально-технического образования;
- учреждения среднего специального образования;
- учреждения высшего образования;
- учреждения специального образования;
- учреждения дополнительного образования детей и молодежи;
- учреждения дополнительного образования взрослых;

- воспитательно-оздоровительные учреждения;
- социально-педагогические учреждения;
- специальные учебно-воспитательные учреждения;
- специальные лечебно-воспитательные учреждения.

Цель воспитания в системе образования – формирование разносторонне развитой, нравственно зрелой, творческой личности обучающегося.

Задачи воспитания:

- формирование гражданственности, патриотизма и национального самосознания на основе государственной идеологии;
- подготовка к самостоятельной жизни и труду;
- формирование нравственной, эстетической и экологической культуры;
- овладение ценностями и навыками здорового образа жизни;
- формирование культуры семейных отношений;
- создание условий для социализации и саморазвития личности обучающегося.

Медико-социальные аспекты социальной защиты обучающихся:

- охрана здоровья;
- обеспечение питанием;
- обеспечение одеждой, обувью и другими необходимыми средствами и предметами первой необходимости;
- обеспечение местами для проживания.

Охрана здоровья обучающихся включает в себя:

- оказание медицинской помощи;
- определение оптимальной учебной нагрузки, режима учебных занятий (занятий), продолжительности каникул;
- обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний их жизни или здоровья при привлечении к работам в период прохождения производственной практики (стажировки);
- пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни;
- организацию оздоровления;
- создание условий для занятий физической культурой и спортом;

- профилактику и пресечение курения, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических и других одурманивающих веществ в учреждении образования, иной организации, у индивидуального предпринимателя, которым в соответствии с законодательством предоставлено право осуществлять образовательную деятельность, и на их территориях.

- социально-педагогическую поддержку обучающихся и оказание им психологической помощи, которые осуществляются социально-педагогической и психологической службой учреждения образования.

Медицинская помощь обучающимся в учреждениях общего среднего, профессионально-технического, среднего специального и высшего образования оказывается по месту их нахождения.

Медицинская помощь обучающимся в учреждениях дошкольного образования, гимназиях-интернатах, специализированных лицеях, суворовских и кадетских училищах, школах-интернатах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, санаторных школах-интернатах, средних школах-училищах олимпийского резерва, учреждениях специального образования, воспитательно-оздоровительных учреждениях образования, специальных учебно-воспитательных учреждениях, специальных лечебно-воспитательных учреждениях, детских домах, имеющих право на осуществление медицинской деятельности, медицинскую помощь, оказывают медицинские работники, входящие в штат указанных учреждений.

Оздоровление обучающихся в учреждениях высшего образования может осуществляться в студенческих санаториях-профилакториях.

Питание организуется в соответствии с требованиями санитарных норм, правил и гигиенических нормативов по установленным нормам питания и денежным нормам расходов на питание для соответствующих категорий обучающихся. При необходимости организуется диетическое (щадящее) питание.

Обеспечение одеждой, обувью и другими необходимыми средствами и предметами первой необходимости

- ✓ Лица, осваивающие содержание образовательных программ профессионально-технического, среднего специального, высшего образования, при прохождении производственного обучения, практики обеспечиваются специальной одеждой и обувью, другими необходимыми средствами индивидуальной защиты, смывающими и обезвреживающими средствами по нормам, установленным для работников соответствующих

отраслей, и в порядке, установленном законодательством.

- ✓ Обучающиеся по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил Республики Беларусь, других войск и воинских формирований страны, органов внутренних дел, Следственного комитета Республики Беларусь, Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, гражданской авиации, а также обучающиеся в специализированных лицеях, суворовских училищах обеспечиваются форменной одеждой.

- ✓ Обучающиеся, которые относятся к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обеспечиваются одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости в соответствии с законодательными актами по нормам и в порядке, устанавливаемым Правительством Республики Беларусь.

Обеспечение местами для проживания

- ✓ Обучающиеся в учреждениях общего среднего, профессионально-технического, среднего специального, высшего, специального образования, организациях, реализующих образовательные программы послевузовского образования, на период обучения в соответствии с законодательством могут обеспечиваться местами для проживания в общежитиях.

- ✓ Бесплатно места для проживания в общежитиях предоставляются для обучающихся, которые относятся к одной из категорий:

- дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, а также лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- дети-инвалиды в возрасте до 18 лет, инвалиды I или II группы, кроме лиц, инвалидность которых наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства;

- лица, страдающие онкологическими заболеваниями, или больные туберкулезом;

- лица, обучающиеся в специализированных лицеях, суворовских и кадетских училищах, государственных средних школах (училищах олимпийского резерва, специальных общеобразовательных школах, вспомогательных школах), учреждении образования «Минский высший авиационный колледж»;

- лица, обучающиеся в государственных школах-интернатах для детей-сирот и детей, остав-

Наблюдение, реабилитация и уход

шихся без попечения родителей, гимназиях-интернатах, санаторных школах-интернатах, специальных общеобразовательных школах-интернатах, вспомогательных школах-интернатах;

- учащиеся учреждений общего среднего образования, проживающие в сельских населенных пунктах.

Обеспечение безопасности при организации образовательного процесса

Министерство образования Республики Беларусь установило правила безопасности, расследования и учета несчастных случаев, произошедших с обучающимися.

Для создания безопасного образовательного пространства используются следующие блоки медико-социальной работы (МСР):

1) *инфраструктурный* – включает следующие параметры:

- состояние и содержание здания, помещений учреждения образования в соответствии с гигиеническими нормативами;

- оснащение кабинетов, спортивного зала, спортплощадок необходимым оборудованием и инвентарем;

- наличие медицинского кабинета и его оснащение;

- наличие условий для организации качественного питания;

- необходимый (из расчета на количество обучающихся) квалифицированный состав специалистов (медработники, психологи, логопеды, учителя физкультуры и др.);

2) *образовательный* – направлен на рационализацию образовательного процесса и содержит следующие параметры:

- соблюдение гигиенических норм и требований к организации и объему учебной и внеучебной нагрузки (домашнее задание);

- использование методик обучения, соответствующих возрастным возможностям и психофизиологическим особенностям обучающихся;

- строгое соблюдение всех требований к использованию технических средств обучения;

- индивидуализация обучения;

3) *физкультурно-оздоровительный* – включает следующие параметры:

- увеличение количества часов и качества уроков физкультуры;

- полноценная и эффективная работа с обучающимися всех групп здоровья (создание специальных медицинских групп);

- организация работы групп корригирующей гимнастики;

- организация часа активных движений (час здоровья) между 3-м и 4-м уроками в начальной школе;

- организация динамических перемен, физкультминутки на уроках и физкультпауз при выполнении домашних заданий в группах продленного дня;

- создание условий для работы спортивных секций;

- регулярное проведение спортивно-оздоровительных мероприятий;

4) *здоровьеформирующий* – направлен на получение образования в области здоровья, формирование системы ценностей здоровья и здорового образа жизни и содержит следующие параметры:

- включение в систему работы школ образовательных программ, направленных на формирование системы ценностей здоровья и здорового образа жизни;

- проведение лекций, бесед, консультаций с обучающимися по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики вредных привычек;

- организация лекций, семинаров, консультаций, курсов с педагогами, специалистами и родителями по различным вопросам роста и развития ребенка, его здоровья, по факторам, положительно и отрицательно влияющим на здоровье;

- приобретение необходимой научно-методической литературы;

- проведение дней здоровья, конкурсов, праздников с привлечением педагогов и родителей;

- создание общественного совета по здоровью;

5) *алиментарный* – предусматривает улучшение качества питания и включает следующие параметры:

- организация эффективного контроля качества питания;

- систематический анализ полноценности и сбалансированности рационов питания;

- витаминизация;

6) *коррекционно-профилактический* – направлен на организацию системы медицинского обслуживания школьников и содержит следующие параметры:

- динамическое наблюдение (мониторинг состояния здоровья обучающихся);

- ведение карты здоровья;

- регулярный анализ результатов динамического наблюдения за состоянием здоровья обучающихся и их обсуждение с педагогами и родителями;

- применение рекомендованных и утвержденных методов профилактики заболеваний, не требующих постоянного наблюдения врача;

- реализация всех компонентов работы по сохранению и укреплению здоровья школьников, просвещению педагогов и родителей.

Направления медико-социальной работы в учреждениях дошкольного образования

МСР в учреждениях дошкольного образования зависит от возрастных особенностей детей-

дошкольников и наличия научно обоснованных необходимых условий и факторов, способствующих благополучному включению ребенка 3–7 лет в систему образования.

Ребенок регулярно (не реже 1 раза в год) проходит профилактический осмотр с участием врачей-специалистов, сдает анализы крови и мочи, делает прививки согласно календарю. Данной работой занимается медицинская сестра учреждения дошкольного образования. Она дает ребенку и его родителям рекомендации по проведению закаливания, профилактике инфекционных и соматических заболеваний, витаминотерапии, способам стимуляции физического и нервно-психического развития, рациональному питанию.

Для работы медицинской сестры в учреждении дошкольного образования предоставляется специально оборудованный медицинский блок, включающий медицинский и процедурный кабинеты.

Медсестра в таком учреждении составляет меню, обеспечивающее сбалансированное питание воспитанников, и график контроля выполнения работниками санитарно-эпидемиологического режима.

Медицинская сестра осуществляет:

- динамическое медицинское наблюдение за физическим развитием и ростом детей;
- антропометрические измерения воспитанников;
- распределение детей по медицинским группам;
- медицинский осмотр и иммунопрофилактику (совместно с врачом-педиатром);
- оказание первой медицинской помощи при возникновении несчастных случаев;
- наблюдение за самочувствием и физическим состоянием детей после прививок и на физкультурных занятиях;
- дифференциацию детей по группам для занятий физической культурой в целях профилактики и коррекции имеющихся нарушений;
- выявление заболевших детей, своевременную их изоляцию;
- информирование администрации и педагогов учреждения дошкольного образования о состоянии здоровья детей, рекомендуемом режиме для воспитанников с отклонениями в состоянии здоровья, заболеваниях острыми инфекциями, гриппом, энтеробиозом и т. д.;

Медицинская сестра контролирует:

- соблюдение детьми диеты и режима;
- режим физических нагрузок детей с учетом их возрастных и индивидуальных возможностей;
- двигательную активность детей на физкультурных занятиях и в течение дня;
- организацию и проведение закаливающих мероприятий;
- качество организации питания детей;

- санитарно-гигиенические условия осуществления образовательного процесса;
- соблюдение правил личной гигиены детьми и работниками учреждения;
- соблюдение обслуживающим и техническим персоналом санитарно-эпидемиологического режима;
- обеспечение безопасной для детей внешней среды.

Важным моментом является подготовка ребенка к поступлению в школу. Оптимальный возраст для начала обучения – 6–8 лет.

К группе риска по готовности к школьному обучению относятся дети с хроническими заболеваниями, особенно с частыми обострениями в течение года, при наличии функциональных отклонений (логоневроз, нарушение осанки, зрения, сосудистая дистония). Родители должны четко понимать, что важен не срок, когда ребенок пойдет в школу, а его успешность как ученика и личность при обучении.

Направления медико-социальной работы в учреждениях общего среднего образования

Период обучения в учреждении общего среднего образования совпадает с основными этапами роста и развития ребенка, когда организм наиболее уязвим к воздействию неблагоприятных факторов, в том числе факторов образовательной среды (школьных рисков).

Известно, что частота нарушений здоровья возрастает в периоды наиболее существенных изменений условий обучения: при поступлении в школу (1-й класс), переходе к предметному обучению (5-й класс) и на третью ступень школы (10-й класс).

Наблюдение за состоянием здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях осуществляется на основе результатов плановых профилактических медицинских осмотров.

Профилактический медицинский осмотр обучающихся включает следующие этапы:

- доврачебный (проводится средним медицинским персоналом ежегодно);
- врачебный (проводится врачом-педиатром ежегодно, врачами-специалистами в установленные сроки; включает также лабораторно-инструментальные и функциональные исследования);
- специализированный (проводится по медицинским показаниям и включает обследование у врачей-специалистов, лабораторно-инструментальные и функциональные исследования в амбулаторно-поликлинических, больничных учреждениях здравоохранения).

Профилактика и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата требует проведения специальных мероприятий, направленных на:

- контроль подбора мебели, соответствующей длине тела учащихся;

Наблюдение, реабилитация и уход

- контроль над позой учащихся во время занятий;
- контроль веса ранца с ежедневным учебным комплектом;
- проведение физкультминуток на уроках;
- создание благоприятного двигательного режима для формирования правильной осанки и профилактики плоскостопия.

Оздоровление учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата целесообразно проводить в специальных группах с расширением элементов корригирующей гимнастики.

Занятия в этих группах после предварительной подготовки проводит преподаватель физкультуры. Необходимо рекомендовать детям выполнение физических упражнений в виде домашних заданий с предварительным их разучиванием на уроках в общеобразовательном учреждении и последующей регулярной проверкой их выполнения.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются частой причиной заболеваемости учащихся, снижения их умственной и физической работоспособности.

Приступая к занятиям после болезни, учащиеся-реконвалесценты сразу включаются в учебный процесс и несут полную и даже повышенную учебную нагрузку, связанную с пропусками занятий.

Эта нагрузка часто не соответствует функциональным возможностям организма ребенка, поскольку клиническое выздоровление не совпадает с биологическим, которое наступает лишь спустя 3–6 недель после болезни и характеризуется полным восстановлением нарушенных функций и адаптивных возможностей организма.

Правильная организация щадящего режима дня является основным направлением оздоровления учащихся в восстановительный период. Различные компоненты режима (длительность занятий, питание, сон), общая физиологическая регламентация и чередование различных видов деятельности учащихся оказывают тонизирующее и общеукрепляющее воздействие, способствуя повышению иммунобиологических функций организма.

При организации щадящего режима дня учащихся, перенесших ОРВИ, необходим постоянный контакт медицинского персонала, педагогов и родителей, содружественными усилиями которых достигается наиболее значительный оздоровительный эффект.

Щадящий режим дня должен быть дифференцированным и учитывать тяжесть и клинические особенности перенесенной респираторной вирусной инфекции.

Следует подчеркнуть, что функциональные возможности организма и работоспособность у часто болеющих детей снижены в большей степени, чем

у редко болеющих. При восстановлении нарушенных функций и работоспособности реконвалесцентов ведущим является принцип ступенчатого (постепенного) включения организма в режим возрастающих нагрузок.

Врач образовательного учреждения должен систематически контролировать течение восстановительных процессов у учащихся-реконвалесцентов и корректировать совместно с педагогами и родителями осуществление щадящего режима в зависимости от индивидуальных особенностей каждого учащегося.

Нарушения зрения, в первую очередь миопия, занимают существенное место среди отклонений в состоянии здоровья учащихся. Очень важным является раннее выявление так называемых групп риска – учащихся с предмиопией и спазмом аккомодации. Кроме того, необходимо своевременное лечение детей с прогрессирующей миопией, так как по мере перехода учащихся из младших классов в старшие увеличивается не только количество близоруких, но и степень близорукости.

Для профилактики нарушений зрения необходимо соблюдение основных санитарных правил освещенности в классах, мастерских и других учебных помещениях. Немаловажное значение имеет также цветовое оформление дверей, окон и оснащения классных комнат.

Значимыми факторами профилактики возникновения нарушений зрения являются постоянный контроль над правильной посадкой учащихся во время занятий и использование удобной мебели, соответствующей росту.

Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий направлено на сохранение и нормализацию зрения, а также на предупреждение прогрессирования нарушения зрения.

В период получения образования организм учащегося испытывает повышенные нагрузки, как умственные, так и физические, что связано с большим расходом энергии и с высоким потреблением пищевых веществ. Нарушение питания в этот период может привести к расстройствам жизнедеятельности организма, в том числе к возникновению и прогрессированию различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, органов кровообращения, изменениям со стороны эндокринной, костно-мышечной и центральной нервной систем, что напрямую связано с нарушением рационального питания.

Медицинскому персоналу общеобразовательных учреждений необходимо проводить систематическую санитарно-просветительную работу среди учащихся, их родителей и педагогов, посвященную основам рационального питания.

Соблюдение режима питания необходимо детям и подросткам для правильного развития организма, сохранения высокой работоспособности.

Учащимся общеобразовательных учреждений требуется 4–5-разовый прием пищи в течение дня в зависимости от возраста, умственной и физической нагрузки. В первой половине дня следует использовать продукты, богатые животным белком, а на ужин – молочно-растительные продукты.

В условиях общеобразовательных учреждений предусматривается организация двухразового горячего питания для учащихся, а также реализация готовых блюд и буфетной продукции (продуктов промышленного производства, готовых к употреблению, и кулинарных изделий для промежуточного питания учащихся) в достаточном ассортименте.

Стоматологическое просвещение – важный аспект программы профилактики. Оно осуществляется путем предоставления в доступной форме информации о факторах риска, причинах возникновения и методах профилактики многих стоматологических заболеваний.

Конечной целью стоматологического просвещения являются не знания о предмете беседы или выступления врача, а сформированные убеждения и поступки учащихся в результате приобретения ими знаний по уходу за полостью рта и выбору средств гигиены, а также сознательного отношения к сохранению стоматологического здоровья.

Современные методы профилактики болезней зубов и десен у детей представляют комплекс медико-социальных мероприятий, практическая реализация которых возможна только при совместных усилиях медицинского персонала, педагогов и родителей.

Гигиеническое обучение и воспитание детей в общеобразовательных учреждениях складывается из классной, внеклассной и внешкольной работы, осуществляемой педагогическим и медицинским персоналом.

Рекомендуемая тематика уроков, диспутов, конференций, семинаров по здоровому образу жизни для работы с детьми и их родителями: «Здоровье обучающегося», «Организация рабочего дня обучающегося», «Гигиена тела, личная гигиена», «Основы рационального питания, привычки питания», «Профилактика возникновения нарушений зрения», «Социально-бытовые условия жизни и их роль в формировании здоровья», «Здоровье и будущая карьера», «Физическая активность», «Проведение досуга», «Потребление лекарств», «Отношение к своей внешности», «Самооценка состояния здоровья», «Психическое здоровье», «Травматизм», «Инфекции, передаваемые половым путем», «Профилактика потребления табака/алкоголя/наркотиков», «О роле фтора в профилак-

тике кариеса», «Значение гигиены полости рта», «О профилактике болезней зубов и десен», «Ответственное сексуальное поведение», «Что такое быть родителем» и др.

Внеклассная и внешкольная МСР включает:

- организацию санитарных постов и бригад;
- занятия на факультативах и в кружках «Твое здоровье»;
- проведение бесед, лекций, индивидуальных консультаций;
- просмотр тематических кино-, видеофильмов и др.

Гигиеническое воспитание родителей проводится в основном в виде лекций и бесед на родительских собраниях, индивидуальных бесед и консультаций.

Необходимо также наличие в медицинском кабинете научно-популярной литературы, памяток, рекомендаций для родителей.

Наиболее актуальные темы для работы с родителями:

- режим дня детей и подростков;
- выбор профессии и здоровье;
- половое воспитание детей и подростков;
- профилактика вредных привычек;
- охрана нервно-психического здоровья подростков;
- физкультура и здоровье и др.

Направления медико-социальной работы в учреждениях специального образования

Особенно велика роль МСР в специальных учебно-воспитательных учреждениях для детей с особенностями психофизического развития (ОПФР)

К лицам с ОПФР относятся лица, имеющие физические и (или) психические нарушения, которые ограничивают их социальную деятельность и препятствуют получению образования без создания для этого специальных условий. К этой достаточно большой группе относятся дети с нарушениями зрения, слуха, речи, функций опорно-двигательного аппарата, психического развития (трудностями в обучении), интеллектуальной недостаточностью, с детским аутизмом, дискалькулией (неспособность к изучению и пониманию арифметических операций, понятия «число» и неумение оперировать цифрами и числами), с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

В основе государственной политики в сфере образования детей с ОПФР лежит идея их интеграции в общество, обучения в условиях образовательной инклюзии, максимально способствующей социальной адаптации личности. Система учреждений образования обеспечивает таким детям всех возрастных групп не только образование, но и сопровождение, реабилитацию, коррекционно-педа-

Наблюдение, реабилитация и уход

гогическую помощь и воспитание на всех этапах их социализации.

Детей с ОПФР делят на две группы с учетом их образовательных потребностей и возможностей:

- дети с легкими нарушениями развития, которые получают основное (дошкольное или общее среднее) образование, но нуждаются в коррекционно-педагогической помощи;
- дети с тяжелыми нарушениями развития, которые получают специальное образование.

Дети с легкими нарушениями развития обучаются и воспитываются одновременно с лицами, не относящимися к лицам с ОПФР (интегрированное обучение и воспитание). При этом число лиц с ОПФР не должно составлять более 20% от общего числа обучающихся. Медико-социальную помощь этим детям оказывает учитель-дефектолог в пунктах коррекционно-педагогической помощи, открытых в учреждениях дошкольного и общего среднего образования.

Также эти дети могут получать коррекционно-педагогическую помощь на занятиях у специалистов центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, но обучаются они в обычных классах, группах.

Дети с более тяжелыми нарушениями развития получают специальное образование. Специальное образование лиц с ОПФР направлено на их подготовку к трудовой деятельности, семейной жизни, социализацию и интеграцию в общество.

Получать специальное образование дети с ОПФР могут в специальном дошкольном учреждении, центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, вспомогательной школе (вспомогательной школе-интернате), специальной общеобразовательной школе (специальной общеобразовательной школе-интернате).

Специальное дошкольное учреждение – учреждение специального образования, в котором реализуется образовательная программа специального образования для детей с ОПФР. Например, это может быть специальный детский сад для детей с тяжелыми нарушениями речи, специальный детский сад для детей с интеллектуальной недостаточностью и др.

Основные задачи учреждения дошкольного образования:

- охрана жизни и укрепление физического и психического здоровья воспитанников;
- обеспечение разностороннего развития личности воспитанника в соответствии с его возрастными и индивидуальными возможностями, способностями и потребностями;
- формирование у воспитанников нравственных норм, компетенций, необходимых для приобретения социального опыта;

- подготовка к продолжению образования;
- оздоровление.

Центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации – учреждение специального образования, в котором получают образование лица с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Тяжелые физические и (или) психические нарушения – физические и (или) психические нарушения, выраженные в такой степени, что получение образования в соответствии с образовательными стандартами специального образования является недоступным, и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, элементарных трудовых навыков.

Два и более физических и (или) психических нарушения являются множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Одной из функций центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации является также создание психолого-медико-педагогической комиссии для проведения психолого-медико-педагогического обследования лиц с особенностями психофизического развития (дифференциальной диагностики) и оказание ранней комплексной помощи детям в возрасте до трех лет.

Образовательный процесс при реализации программы специального образования на уровне дошкольного образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью осуществляют учитель-дефектолог и воспитатель в соответствии с учебным планом центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации для воспитанников с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Вспомогательная школа (вспомогательная школа-интернат) – учреждение специального образования, в котором обучаются учащиеся с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью), в том числе имеющие тяжелые и (или) множественные физические и (или) психические нарушения.

Во вспомогательной школе в процессе обучения и воспитания ведется систематическое наблюдение за развитием психических функций и состоянием здоровья подопечных.

Учащиеся с интеллектуальной недостаточностью, имеющие речевые нарушения, получают логопедическую помощь, оказываемую учителем-дефектологом (учителем-логопедом) на специально организованных групповых или индивидуальных занятиях.

Специальная общеобразовательная школа (специальная общеобразовательная школа-интернат) – учреждение специального образования,

в котором реализуется образовательная программа специального образования для учащихся таких категорий, как учащиеся с тяжелыми нарушениями речи, слуха, зрения, психического развития (трудностями в обучении), функций опорно-двигательного аппарата.

Специальная школа (школа-интернат) может иметь учебно-опытные участки (хозяйства), учебно-производственные мастерские и другие структурные подразделения.

Образовательный процесс имеет коррекционную направленность и способствует формированию компенсаторных способностей, развитию личности учащихся, их социальной адаптации и интеграции в общество.

Коррекционная направленность образовательного процесса реализуется на уроках по общеобразовательным предметам, коррекционных занятиях, во внеклассной работе.

Коррекционные занятия применительно к разным категориям учащихся направлены на коррекцию познавательной деятельности, моторики, пространственной ориентировки, личностных качеств и формирование специфических средств общения (вербальных и невербальных), социально-бытовой компетенции.

При осуществлении образовательного процесса учащихся с нарушением слуха используются средства обучения, связанные с применением жестовой, тактильной, устной и письменной речи, необходимая звукоусиливающая аппаратура коллективного и индивидуального пользования, разнообразные технические средства, обеспечивающие передачу информации на зрительной основе (компьютеры, средства статической и динамической проекции, видеотехника, лазерные диски, кодирующие изобразительные или звуковые сигналы).

Кабинет слуховой работы в специальной школе (школе-интернате) для учащихся с нарушением слуха является центром коррекционной работы по развитию слухового, слухозрительного, зрительного восприятия (чтение с губ) устной речи, педагогической диагностики нарушенной слуховой функции и состояния речи, оптимизации условий и методических приемов по формированию устной речи. Работу в кабинете осуществляет учитель-дефектолог (сурдопедагог).

Обучение незрячих (слепых) учащихся осуществляется с использованием тифлоприборов, специального оборудования, специальных средств наглядности и дидактического материала на основе шрифта Брайля. Слабовидящих учащихся обеспечивают учебниками и учебными пособиями, изданными увеличенным шрифтом.

Кабинет коррекционной работы в специальной школе (школе-интернате) для учащихся с нарушениями зрения является дидактической и методической базой коррекционно-развивающей работы по формированию знаний, умений, навыков пространственного ориентирования, коммуникативной деятельности, самообслуживания, по развитию познавательной деятельности, в том числе функций сохранных анализаторов и нарушенного зрения. Коррекционно-развивающую работу на базе кабинета коррекционной работы осуществляет тифлопедагог.

Специальная школа (школа-интернат) для учащихся с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата создает доступную и комфортную (безбарьерную) среду жизнедеятельности для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, не передвигающихся самостоятельно.

Использованная литература

1. *О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII (ред. от 11.12.2020).*
2. *Об изменении Кодекса Республики Беларусь об образовании: Закон Республики Беларусь от 14.01.2022 № 154-3.*
3. *Мигунова Ю. Ю. Теория и технологии медико-социальной работы (для студентов лечебного факультета): учеб.-метод. пособие. – Майкоп, 2015. – 68 с.*
4. *Теория и технологии медико-социальной работы: учебник и практикум для вузов / А. В. Мартыненко [и др.]; под ред. А. В. Мартыненко. – М., 2020. – 339 с.*
5. *Милькаманович В. К. Технологические основы социальных практик: пособие. – Минск, 2017. – 210 с.*
6. *О совершенствовании порядка оказания медицинской помощи обучающимся: Указ Президента Республики Беларусь от 05.01.2012 № 10.*



Кандидат медицинских наук Л. Э. Кузнецова

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Белорусский государственный медицинский колледж

В настоящее время во всем мире наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, ведущее место среди которых занимают злокачественные опухоли репродуктивной системы; отмечается увеличение заболеваемости раком репродуктивной системы женщин различного возраста Республика Беларусь.

Уровень заболеваемости раком органов репродуктивной системы является индикатором заботы общества о здоровье и жизни женщин, и перед здравоохранением любой страны остро стоит вопрос профилактики и доклинической диагностики опухолей.

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) основными направлениями Государственной комплексной программы профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний являются профилактика злокачественных заболеваний, раннее выявление и скрининг опухолей, повышение качества диагностики, обучение и улучшение профессиональной подготовки медицинских работников.

По определению ВОЗ скрининг представляет собой первый отборочный этап профилактического обследования практически здорового населения, не предъявляющего никаких жалоб с целью выявления патологических изменений, предшествующих развитию рака; с целью выявления лиц, имеющих скрыто протекающее заболевание. Скрининг позволяет выявить рак на ранней стадии, вовремя провести лечение и сохранить жизнь человеку.

В нашей стране проводится скрининг опухолей органов репродуктивной системы: шейки матки и молочных желез.

Основные факты

✓ Рак шейки матки (РШМ) является четвертым по распространенности видом рака среди женщин во всем мире. По оценкам ВОЗ, в 2020 г. произошло 604 тыс. новых случаев заболевания и 324 тыс. случаев смерти.

✓ Почти 70% серьезных предраковых поражений шейки матки вызывают два типа (16-й и 18-й) вируса папилломы человека (ВПЧ).

✓ ВПЧ передается главным образом при сексуальных контактах, и большинство людей инфицируется ВПЧ вскоре после того, как начинают вести половую жизнь.

✓ У ВИЧ-инфицированных женщин риск развития рака шейки матки в 6 раз выше, чем у женщин, у которых ВИЧ-инфекция отсутствует.

✓ Эффективным методом профилактики РШМ является вакцинация против ВПЧ в сочетании со скринингом и лечением предраковых поражений.

✓ РШМ можно вылечить, если диагностировать его на ранней стадии и незамедлительно начать лечение.

В Республике Беларусь РШМ в структуре онкологических заболеваний среди женского населения составляет около 4% и занимает 4-е место среди злокачественных опухолей репродуктивной системы, уступая раку молочной железы и раку матки. В 2020 г. выявлено 924 случая заболеваемости РШМ. Каждые два дня в Республике Беларусь РШМ заболевает пять женщин, и каждый день заболевание уносит жизнь одной женщины. Всего на учете состоит более 11 тыс. женщин, страдающих этой болезнью, из них пятилетний рубеж пережили более 70%.

Среди 186 стран мира Беларусь по заболеваемости занимает 115-е место, по смертности – 131-е место. При этом данные показатели почти в 4 раза выше, чем в Швейцарии.

Следует отметить, что в последние годы в мире происходит постепенный рост заболеваемости РШМ у женщин молодого возраста. В Беларуси также идет увеличение этого показателя, начиная с 1971 по 2019 г. Максимальное увеличение показателя заболеваемости РШМ (в 5 раз) произошло в группе женщин в возрасте 25–29 лет.

Подавляющее большинство (более 95%) случаев РШМ вызвано ВПЧ, который является наиболее распространенной вирусной инфекцией половых путей. Известно более 120 типов ВПЧ, из них 35 – в аногенитальном тракте человека.

Заражение обычно происходит без внешних признаков, и зараженные люди не знают о том, что

они могут передать вирус другим людям. В основном заражаются большинство сексуально активных женщин и мужчин, иногда неоднократно. Более чем у 90% зараженных инфекция впоследствии исчезает. Однако все женщины подвержены риску перехода инфекции в хроническую форму и прогрессирования предраковых поражений в инвазивный РШМ.

Немецкий ученый Харальд цур Хаузен в 1983 г. установил, что причиной возникновения РШМ является высокоонкогенный штамм ВПЧ. После проведения научных исследований ученые всего мира подтвердили эти результаты в 1996 г. ВОЗ официально признала, что действительно основную роль в возникновении РШМ играют как минимум 15 высокоонкогенных штаммов ВПЧ, которые при наличии дополнительных факторов превращают эпителиальные клетки экзо- и эндоцервикса (шейки матки) в койлоциты, а последние – в раковые клетки.

В 2008 г. за установление причины развития РШМ Хаузену была присуждена Нобелевская премия в области медицины.

Установлено, что среди высокоонкогенных штаммов вируса наиболее часто встречаются 16, 18, 31, 33 и 45-й типы. Отмечено, что ВПЧ 16, 31 и 33-го типов преимущественно располагаются в клетках экзоцервикса, 18-го и 45-го – эндоцервикса. Установлено, что вирус 16-го типа в цервикальном канале встречается чаще (47,8%), чем 18-го типа (29,0%).

Установлено, что все онкогенные типы ВПЧ делятся на две группы:

- высокоонкогенные (16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 68, 73, 82-й типы), вызывающие развитие цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) II, III, РШМ;
- низкоонкогенные (4, 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 55, 61, 62, 70, 71, 74-й типы), приводящие к возникновению CIN I и фоновых заболеваний.

В настоящее время доказано, что в 81,8% случаев причиной РШМ являются пять высокоонкогенных штаммов ВПЧ.

В высокоразвитых странах и в Беларуси основной причиной возникновения РШМ является штамм 16-го, реже 18-го типа. В мире около 291 млн женщин являются носителями ДНК ВПЧ. При этом более 82,0% из них через два года после начала половой жизни уже инфицированы ВПЧ, что повышает развитие РШМ в 150–300 раз. Вирус обладает свойствами, которые позволяют ему «ускользнуть» от иммунного влияния организма. Это объясняется тем, что репликационный цикл ВПЧ ограничен эпителиальной тканью и отсутствуют гиперемия, цитолиз и воспаление. Также сказывается действие вирусных белков, которые

приводят к местной иммуносупрессии. ВПЧ в организме существует в одной из трех форм: клинической, субклинической и латентной.

Профилактика рака шейки матки

ВОЗ разработала руководство и инструментальный по профилактике РШМ и борьбе с ним путем вакцинации, скрининга и лечения, а также терапии инвазивного рака.

Осуществление программ профилактики РШМ и борьбы с ним способствуют достижению целей тысячелетия в области развития посредством обеспечения всеобщего доступа к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья с целью улучшения здоровья женщин.

Комплексная борьба с РШМ включает первичную (вакцинация против ВПЧ), вторичную (скрининг и лечение предраковых поражений), третичную (диагностика и лечение инвазивного РШМ) профилактику (табл. 1) и паллиативную помощь.

Первичная профилактика:

- вакцинация от ВПЧ;
- проведение санитарно-просветительной работы социальных и медицинских работников с формированием у женщин установки здорового образа жизни;
- своевременное лечение ИППП;
- использование барьерных методов контрацепции.

Вторичная профилактика:

- цитологический скрининг;
- ранняя диагностика и лечение лиц, имеющих предраковые заболевания шейки матки.

Третичная профилактика:

- комплексное лечение РШМ;
- профилактика рецидива.

В Республике Беларусь вакцинация от ВПЧ проводится согласно Инструкции по тактике проведения профилактических прививок среди населения в Республике Беларусь, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 февраля 2014 г. № 191. Данная инструкция предназначена для медицинских работников организаций здравоохранения, осуществляющих медицинскую деятельность по иммунопрофилактике. Медсестры и акушерки – это крупнейшая по численности группа работников здравоохранения; на них приходится 90% всех контактов медицинского персонала с пациентами. Поэтому роль акушеров и медсестер в профилактике РШМ велика.

В настоящее время как для всех медицинских специальностей, так и для общества в целом актуальна тема вакцинации. Как отмечают отечественные ученые и работники практического здравоохранения, увеличивается количество взрослых пациентов, которые сами приходят и интересуются

Трибуна преподавателя

Таблица 1. Комплексная профилактика рака шейки матки

Первичная профилактика	Вторичная профилактика	Третичная профилактика
Девочки 9–14 лет (при необходимости вакцинация предлагается и девочкам, и мальчикам)	С 30 лет женщины в общей популяции и с 25 лет женщины с ВИЧ-инфекцией	Все женщины по мере необходимости
<ul style="list-style-type: none"> • Вакцинация против ВПЧ; • санитарное просвещение и предупреждение в отношении употребления табака; • половое воспитание с учетом возраста и культуры; • поощрение использования презервативов и предоставление их лицам, имеющим сексуальные отношения 	<ul style="list-style-type: none"> • Скрининг с помощью высокоэффективного теста, эквивалентного или превосходящего тест на ВПЧ; • немедленное или как можно более быстрое назначение лечения предраковых поражений после получения положительного результата молекулярного теста на ВПЧ 	Лечение инвазивного рака в любом возрасте: <ul style="list-style-type: none"> • хирургическая операция; • лучевая терапия; • химиотерапия; • паллиативная помощь

мерами профилактики инфекционных осложнений, обращаются для разработки индивидуального календаря вакцинации взрослого. Важно подчеркнуть мультидисциплинарность стоящей перед медицинским сообществом задачи и максимально привлечь к решению вопросов вакцинопрофилактики специалистов, участвующих в лечении пациентов, относящихся к группам риска.

Вакцинация – одно из тех направлений, где существует согласованность между клиницистами, эпидемиологами и работниками общественного здравоохранения. Иммунизация является самой эффективной инвестицией в здравоохранение. По оценкам ВОЗ, ежегодно вакцинация предотвращает смерть около 2–3 млн человек в мире. Тем не менее не везде так совершенно проводится эта работа, и, например, от кори ежедневно в мире умирает в среднем 450 человек. Ежегодно от 290 тыс. до 650 тыс. человек умирают от осложнений, вызванных сезонным гриппом. Представители Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь отмечают, что процесс вакцинации населения не всегда организован одинаково, поэтому представители офиса ВОЗ в Республике Беларусь работают с национальными партнерами для того, чтобы рекомендации ВОЗ, основанные на доказательной медицине, максимально были внедрены и регламентированы в нашей стране.

ВОЗ в 2023 г. дала старт Году иммунизации, цель которого обратить внимание на «вызывающую озабоченность снижением вакцинации в глобальном масштабе».

В Республике Беларусь, согласно Национальному календарю прививок, вакцинация проводится против 12 инфекционных заболеваний. Кроме того, доступна вакцинация по эпидемическим показаниям, профессиональной деятельности, в случае выезда в другие страны (например, от желтой лихорадки), а также против инфекционных заболеваний, которые не входят в календарь (менингококковой и пневмококковой инфекций, ветряной оспы, вирусного клещевого энцефалита).

В настоящее время рассматривается вопрос о расширении Национального календаря прививок и включении вакцинации против ВПЧ.

В Инструкции по тактике проведения профилактических прививок среди населения в Республике Беларусь отражено следующее:

- для проведения профилактических прививок используются иммунобиологические лекарственные средства, разрешенные к применению в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

- приказом руководителя организации здравоохранения назначаются лица, ответственные за планирование профилактических прививок, их выполнение, транспортировку и хранение, использование и учет иммунобиологических лекарственных средств, а также дублиеры на случай отсутствия таковых лиц на работе;

- необходимым условием проведения профилактической прививки пациенту является предварительное согласие пациента в возрасте 16 лет и старше, для лиц до 16 лет – согласие родителей или опекунов (согласие на проведение профилактической прививки дается письменно, о чем медицинским работником делается запись в медицинском документе по форме № 025/у-07 «Медицинская карта амбулаторного больного» и /или в медицинском документе по форме № 112/у «История развития ребенка»);

- перед проведением профилактической прививки врач должен разъяснить необходимость вакцинации, а также информировать пациента (родителей или опекунов) об инфекции, против которой проводится профилактическая прививка, о назначении вакцины, наличии противопоказаний, закономерностях и особенностях течения поствакцинального периода;

- при отказе пациента от профилактической прививки ему в доступной форме медицинский работник должен разъяснить возможные последствия отказа от вакцинации (отказ от профилактической прививки оформляется в медицинских

документах по форме 026/у-97 или 112/у и подписывается пациентом (для несовершеннолетних лиц – родителями или опекуном) и медицинским работником; в случае отказа пациента (его законного представителя) от подписи данный факт удостоверяется медицинским работником в медицинских документах пациента).

К методам вторичной профилактики злокачественных образований относится скрининг, который направлен на диагностику предрака и ранних стадий раковых заболеваний. По определению ВОЗ, скрининг – это идентификация не выявленного заболевания с помощью тест-исследования, которое проводится быстро и в массовом порядке.

Международная организация по исследованиям в области рака (IARC) определила, что ВПЧ-инфекция – вакциноуправляемая инфекция, а предотвращение заражения и персистенции ВПЧ однозначно можно считать профилактикой РШМ.

Согласно Инструкции по тактике проведения профилактических прививок среди населения в Республике Беларусь, определена тактика проведения профилактических прививок, не вошедших в Национальный календарь профилактических прививок:

✓ Профилактические прививки против папилломавирусной инфекции рекомендуется проводить девочкам в возрасте 9–13 лет.

✓ Курс иммунизации против папилломавирусной инфекции состоит из трех профилактических прививок.

✓ При использовании четырехвалентной вакцины вторая и третья дозы вводятся соответственно через 2 месяца и через 6 месяцев после первой дозы. При ускоренной схеме иммунизации минимальный интервал между первой и второй дозами составляет 4 недели, между второй и третьей – 12 недель.

✓ При использовании двухвалентной вакцины вторая и третья дозы вводятся соответственно через 1 месяц и через 6 месяцев после первой дозы. При изменении схемы иммунизации вторая доза может быть введена через 1–2,5 месяца после первой, третья доза – через 5–12 месяцев после первой дозы.

Дата проведения профилактической прививки пациенту определяется участковым врачом-педиатром (врачом-терапевтом, врачом общей практики, врачом-неонатологом) в конце каждого месяца согласно форме первичной медицинской документации № 063/у «Карта профилактических прививок», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 ноября 2006 г. № 852 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по иммунопрофилактике».

Фамилия, имя, отчество пациента, подлежащего профилактической прививке, заносится в форму первичной медицинской документации № 064/у «Журнал учета профилактических прививок», утвержденную приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 ноября 2006 г. № 852 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по иммунопрофилактике».

В Республике Беларусь функционирует экспертный совет по вакцинопрофилактике. В его состав входит большой круг специалистов: эпидемиологи, педиатры, инфекционисты, организаторы здравоохранения, неонатологи, микробиологи.

Экспертный совет рассматривает вопрос о целесообразности включения в календарь прививки против ВПЧ. В центре вакцинопрофилактики оказывают профилактическую, консультационную помощь, проводят лечебно-диагностические мероприятия. Консультируют лиц, у которых есть хроническая патология, риск развития серьезных побочных реакций. При необходимости назначают дополнительные обследования, осуществляют медикаментозную подготовку перед вакцинацией. Решается вопрос о том, где будет проводиться вакцинация – в поликлинике или в стационарных условиях.

Для первичной специфической профилактики заболеваний, связанных с ВПЧ-инфекцией, в мире зарегистрировано три вакцины:

- двухвалентная («Церварикс»);
- четырехвалентная («Гардасил»);
- девятивалентная («Гардасил 9»).

В настоящее время в Республике Беларуси сертифицированы две вакцины: двухвалентная «Церварикс» (против типов 16 и 18) и четырехвалентная «Гардасил» (против типов 6, 11, 16, 18).

Вакцины против ВПЧ неинфекционны, не способны вызвать инфицирование ВПЧ, успешно стимулируют продукцию нейтрализующих антител, не содержат консервант тиомерсал, который входит в состав некоторых других вакцин.

Обе вакцины, и двухвалентная, и четырехвалентная, представляют собой стерильную суспензию, расфасованную в однодозовые флаконы или однодозовые заполненные шприцы. Температура хранения – +2...+8 °С. Вакцины нельзя подвергать замораживанию. Вакцины вводятся внутримышечно, разовая доза составляет 0,5 мл.

Рекомендации по вакцинации против ВПЧ-инфекции

Вакцинация девочек против ВПЧ с 9 до 14 лет значительно снижает риск развития РШМ в позднем возрасте. Например, в Великобритании, одной из первых стран, внедривших вакцинацию против ВПЧ, практически ликвидирован РШМ у женщин, родившихся после сентября 1995 г. В 45 странах Европейского региона ВОЗ вакцинация доступна

Трибуна преподавателя

для всех девочек в возрасте 9–14 лет, а в 20 странах предлагают такую прививку и для мальчиков.

Есть исследования, на основании которых сделаны выводы, с какой кратностью должна проходить вакцинация, по какой схеме, сколько доз необходимо ввести, нужны ли дополнительные.

ВОЗ (2014) рекомендует следующие схемы вакцинации подростков:

- для девочек младше 15 лет (оптимальный возраст – 9–13 лет, до начала половой жизни): двукратное введение вакцины с интервалом 6 месяцев (интервал может быть увеличен до 12–15 месяцев);
- для девочек старше 15 лет: рекомендовано трехкратное введение вакцины по схеме 0–2–6 месяцев.

Если интервал между первой и второй дозами меньше 5 месяцев, то рекомендуется введение третьей дозы вакцины не позднее 6 месяцев от начала вакцинации.

Девочкам-подросткам перед выполнением вакцинации нет необходимости в проведении специального гинекологического осмотра.

Проведение ВПЧ-тестирования до вакцинации не рекомендовано.

При вакцинации выполнять анализ на антитела не нужно. Дело в том, что при большинстве инфекций работает не только гуморальный, но и клеточный иммунитет, который не измеряется.

Следует информировать женщин о том, что вакцинация не отменяет необходимости проведения

регулярных гинекологических осмотров для осуществления вторичной профилактики, поскольку вакцина не защищает от всех заболеваний, вызванных разными типами ВПЧ.

Следует отметить, что не установлена связь вакцинации против ВПЧ с влиянием на фертильность, развитием аутоиммунных заболеваний или смерти (частота встречаемости данных осложнений не отличалась от таковой для общей популяции).

Схемы введения двухвалентной и четырехвалентной вакцин против ВПЧ представлены в табл. 2.

Противопоказания к вакцинации отражены в табл. 3.

При наступлении беременности после начала серии вакцинации, введение оставшейся дозы должно быть отложено до окончания беременности. Не рекомендовано возобновлять полный курс вакцинации в послеродовом периоде. Однако перед вакцинацией не обязательно делать тест на беременность. Грудное вскармливание не является абсолютным противопоказанием для вакцинации четырехвалентной вакциной против ВПЧ. Однако, учитывая профилактический характер вакцин от ВПЧ и очень малую вероятность первичного инфицирования ВПЧ высокого канцерогенного риска в период лактации, от вакцинации следует воздержаться, поскольку риски вреда для младенца превышают предполагаемую пользу.

Таблица 2. Рекомендации по вакцинации против ВПЧ-инфекции

Схема	Группа	Количество доз
Стандартная	Девушки/женщины 15–45 лет	3 дозы (0–1–6 мес)
	Девушки/женщины 14–45 лет	3 дозы (0–2–6 мес)
	Юноши/мужчины 14–26 лет	3 дозы (0–2–6 мес)
Альтернативная	Девочки 9–14 лет	2 дозы (0–6 мес)
	Девочки и мальчики 9–14 лет	2 дозы (0–6 мес)
Ускоренная	Девушки/женщины 14–45 лет Юноши/мужчины 14–26 лет	3 дозы (0–1–4 мес)

Таблица 3. Противопоказания к вакцинации

Основные противопоказания	Повышенная чувствительность к компонентам вакцины, развитие тяжелых аллергических реакций или поствакцинальных осложнений на предшествующее введение вакцины против ВПЧ
Относительные противопоказания	Гемофилия, тромбоцитопения, прием антикоагулянтов
Временные противопоказания	Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний (в данных ситуациях иммунизация проводится через 1–2 недели после выздоровления либо в период реконвалесценции или ремиссии)
Беременность	Не рекомендуется до окончания беременности
Период лактации	Следует воздержаться

Наблюдение после вакцинации

Вакцинация должна проводиться в центрах иммунопрофилактики, прививочных кабинетах поликлиник и медицинских учреждений, включая детские. После вакцинации девушки и женщины также подлежат стандартному цервикальному скринингу, включающему цитологическое исследование и ВПЧ-тест, согласно действующим приказам.

У людей, проходящих вакцинацию против ВПЧ, могут возникнуть различные симптомы после получения вакцины, как и после любой другой вакцинации. Эти симптомы чаще всего являются легкими и проходят вскоре после вакцинации.

Местные симптомы: покраснение, боль и припухлость в месте инъекции.

Общие симптомы (редко): потеря сознания, головокружение, головная боль, повышение температуры, боли в мышцах, суставах, животе, диарея, тошнота, рвота, общее недомогание и слабость.

Основные факты, свидетельствующие о необходимости вакцинации против ВПЧ:

- 81,8% случаев РШМ в мире вызваны пятью высокоонкогенными типами ВПЧ;
- 70% случаев РШМ в мире вызваны всего двумя типами ВПЧ (16-м и 18-м);
- в большинстве стран одобрены две вакцины против ВПЧ;
- обе вакцины предупреждают более 95% случаев инфекции, вызываемой ВПЧ 16-го и 18-го типов, и могут создавать некоторый перекрестный иммунитет против других менее распространенных типов ВПЧ, вызывающих РШМ. Одна из вакцин защищает также от ВПЧ 6-го и 11-го типов, вызывающих остроконечные кондиломы;
- обе вакцины наиболее эффективны, если применяются до контакта с ВПЧ;
- согласно рекомендациям ВОЗ, целевой группой вакцинации против ВПЧ являются девочки 9–13 лет и не ведущие половую жизнь;
- обе вакцины требуют введения двух-трех доз на протяжении 6 месяцев;
- безопасность вакцин тщательно контролируется и в настоящее время выглядит убедительно;
- возможна вакцинация ВИЧ-инфицированных лиц.

ВОЗ представила результаты вакцинации против ВПЧ:

- краткосрочные ранние – снижение распространенности заражения типами ВПЧ, входящими в состав вакцин, и уменьшение частоты возникновения аногенитальных кондилом (для четырехвалентной вакцины);
- промежуточные – уменьшение частоты развития предраковых поражений шейки матки, вульвы и влагалища (интраэпителиальная неоплазия вульвы и влагалища);

- долгосрочные – снижение заболеваемости ВПЧ-ассоциированными видами рака.

Ревакцинация

Титр антител после трехдозовой схемы вакцинации достигает пика после третьей дозы и остается стабильным не менее 5 лет.

Для четырехвалентной вакцины продемонстрирована сохранность титров антител до 8 лет, хотя уровень антител через 4 года снижается, но клинический эффект сохраняется и не изменяется. Для двухвалентной вакцины показана сохранность титров до 8,4 года.

Клиническая эффективность обеих вакцин прослежена в течение 9,4 года. При этом следует понимать, что защитный титр специфических антител после вакцинации достаточно низкий, поэтому определение их уровня не соответствует клинической эффективности вакцинации. В настоящее время рекомендаций по проведению ревакцинации нет.

Всемирная ассамблея здравоохранения приняла глобальную стратегию по ускорению элиминации (снижению) РШМ как проблемы общественного здравоохранения. Элиминация РШМ была определена как достижение порогового значения, составляющего менее 4 случаев заболевания на 100 тыс. женщин в год. В целях достижения этого порогового значения к концу XXI в. ВОЗ наметила целевые показатели «90–70–90», которые должны быть обеспечены к 2030 г. и стабильно поддерживаться впоследствии:

- 90% девочек к 15 годам должны быть в полной мере вакцинированы против ВПЧ;
- 70% женщин должны пройти скрининг на основе высокоэффективного теста в возрасте 35 лет и затем в возрасте 45 лет;
- 90% женщин с выявленной болезнью шейки матки должны получать лечение (обеспечить лечение для 90% женщин с предраком; обеспечить ведение 90% женщин с инвазивным раком).

Осуществление программ профилактики РШМ и борьба с ним способствуют достижению целей тысячелетия в области развития посредством обеспечения всеобщего доступа к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья с целью улучшения здоровья женщин.

Профилактика РШМ должна вестись на основе междисциплинарного подхода и включать такие компоненты, как информирование населения, социальная мобилизация, вакцинация, скрининг, лечение и паллиативная помощь.

Проблема фоновых и предраковых заболеваний шейки матки имеет важное медико-биологическое и социально-экономическое значение, так как лечение больных с предопухолевыми процессами требует значительно меньших материальных затрат, чем лечение больных раком.

Трибуна преподавателя

Таким образом, в стране созданы необходимые, соответствующие мировым стандартам условия для профилактики и ранней диагностики РШМ.

Использованная литература

1. Об утверждении Инструкции по раннему выявлению онкологических заболеваний в организациях здравоохранения, осуществляющих оказание медицинской помощи: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.12.2010 № 1350.

2. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2022 № 83.

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. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2019 г. – Минск, 2019. – 257 с.

5. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021–2025 годы»: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19.01.2021 № 28.

6. Популяционный скрининг рака шейки матки: учеб.-метод. пособие / Т. М. Литвинова [и др.]. – Минск, 2022. – 43 с.

7. Об утверждении Инструкции по применению «Гардасил – вакцина против вируса папилломы человека квадريفалентная рекомбинантная (типов 6, 11, 16,18): приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.08.2022 № 1032.

8. Об утверждении Инструкции по тактике проведения профилактических прививок среди населения в Республике Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02.2014 № 191.

Уважаемые читатели и руководители учреждений здравоохранения!

*Начата подписка на журнал «Медицинские знания»
на первое полугодие 2024 года.*

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

Подписные индексы:

для организаций – 749062

для индивидуальных подписчиков – 74906

Не забудьте своевременно оформить подписку!

Т. И. Савченко, О. В. Мاستибродская, Л. В. Гайдучонок

РОЛЬ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Минская областная клиническая больница

В современной медицине при диагностике различных заболеваний важная роль отводится лабораторным исследованиям, которые помогают врачу-клиницисту не только устанавливать диагноз и выбрать соответствующий метод лечения, но и оценивать эффективность проводимых лечебных мероприятий. В основе лабораторной диагностики лежит информация о состоянии организма человека на клеточном и молекулярном уровне, поэтому лабораторное исследование позволяет врачу более глубоко понять этиологию и патогенез заболевания. Для лечащего врача медицинская лаборатория – мощный инструмент, позволяющий извлечь максимум информации, необходимой для правильной постановки диагноза и проведения своевременной профилактики, значительно повышающей качество жизни человека.

Современные лабораторные технологии позволяют выполнять широкий спектр исследований, поэтому лабораторная диагностика по информативности не уступает другим методам обследования, таким как лучевая, УЗИ-диагностика, и эффективно дополняет их важными сведениями о состоянии здоровья пациента. В настоящее время практически все лечебные учреждения имеют в своем составе медицинские лаборатории, мощность и оснащение которых зависят от профиля учреждения.

Среди многообразия лабораторных методов можно выделить исследования, которые производятся во всех клиничко-диагностических лабораториях, поскольку входят в перечень так называемых обязательных: гематологические, общеклинические и биохимические исследования. Их результаты позволяют получить общую картину состояния организма пациента и нередко установить диагноз либо заподозрить определенную патологию. Существуют также исследования, которые выполняются по определенным показаниям и ставят целью подтверждение или опровержение предполагаемого диагноза. Наиболее часто исследования такого рода осуществляются в узкоспециализированных лабораториях: цитологических, иммунологических, бактериологических, химикотоксикологических, молекулярно-биологических (генетических). Такие лаборатории, как правило,

являются централизованными и производят исследования для медицинских учреждений своего региона.

Клиничко-диагностические лаборатории, функционирующие в составе учреждений здравоохранения республиканского и областного уровней, а также в стационарах г. Минска, являются многопрофильными и выполняют широкий спектр исследований.

Одной из таких лабораторий является клиничко-диагностическая лаборатория (КДЛ) учреждения здравоохранения «Минская областная клиническая больница» (МОКБ), которая была организована в 1971 г. Сегодня кадровый состав лаборатории включает более 50 сотрудников. Это специалисты биохимического, иммунологического, клинического отделов, бактериологической лаборатории и лаборатории ПЦР-диагностики. Каждый врач клинической лабораторной диагностики несет ответственность за качество выполняемого исследования и получение достоверного результата. Объем и виды лабораторных исследований для каждого конкретного пациента определяются задачей, которую ставит перед лабораторией врач-клиницист.

В настоящее время за счет внедрения автоматизированных методов лабораторной диагностики во много раз возросла производительность лаборатории: в течение одного дня анализируются сотни биологических проб по многим десяткам показателей. Так, например, современный гематологический анализатор позволяет в небольшом объеме крови определить 18 показателей, характеризующих состояние эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, что дает возможность выявлять широкий спектр заболеваний (анемии, тромбоцитопении, воспалительные процессы и др.), при этом на исследование одной пробы крови требуется 1 мин. Сегодня в МОКБ на различных автоматических анализаторах выполняется около 90% всех исследований.

Имеющееся в КДЛ МОКБ оборудование позволяет проводить экспресс-диагностику неотложных состояний. Техническая особенность лабораторной экспресс-диагностики состоит в применении методов, не отнимающих много времени и требующих минимальных объемов биологическо-

Обмен опытом

го материала, что позволяет получать результаты в кратчайшие сроки. Частота осложнений, сопровождающих различные патологические состояния (массивные кровопотери, ДВС-синдром, тромбозы, почечная недостаточность и др.), постоянно растет, поэтому очень важно наличие в каждой больнице лабораторного комплекса, поддерживающего мероприятия интенсивной терапии и включающего анализатор кислотно-основного равновесия и газов крови, анализатор электролитного состава, коагулометр, агрегометр, биохимический анализатор.

В арсенале КДЛ МОКБ имеется целый ряд тестов, которые позволяют объективно оценивать процесс свертывания крови, а также выявлять его нарушения. Это необходимо, например, при кровопотере, когда, с одной стороны, происходит повышение коагуляционного потенциала (увеличивается концентрация фибриногена, повышается активность ряда факторов, ответственных за образование фибрина), а с другой стороны, в соответствии с принципом равновесия в системе гемостаза, начинают активизироваться противосвертывающиеся механизмы, сдерживающие тромбообразование. Тонкое равновесие в системе гемостаза может быть нарушено при ряде патологических процессов, например при дефиците факторов свертывания (гемофилиях), при тромбоцитопениях и тромбоцитопатиях.

В КДЛ МОКБ производятся исследования, позволяющие оценивать репродуктивную функцию, диагностировать заболевания щитовидной железы, анемию, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, системные заболевания соединительной ткани, инфекционные болезни, определять опухолевые маркеры и т. д.

Заболевания системы крови, среди которых достаточно часто регистрируются анемии, представляют актуальную медицинскую проблему. Выделяют разнообразные виды анемий, имеющие разное происхождение: железодефицитная, гемолитическая, мегалобластная, анемия хронических заболеваний и др. Следует отметить, что лечение анемии напрямую зависит от ее вида и вызвавших ее причин. Поэтому дифференциация анемий является очень важным фактором для успешной терапии заболевания. И лабораторные методы исследования в данном случае являются единственным инструментом для постановки диагноза. Нередко для установления вида анемии достаточно общего анализа крови, выполненного на гематологическом анализаторе. Для этого определяют количество эритроцитов, содержание гемоглобина, а также характеристики эритроцитов: средний объем, среднюю концентрацию гемоглобина в одном эритроците, степень анизоцитоза эритроцитов. В некоторых случаях общий анализ крови позволя-

ет провести предварительную диагностику анемии и направить дальнейшие исследования в нужное русло: исследовать обмен железа, желчных пигментов, ферритина или трансферрина.

Современные лабораторные системы позволяют проводить раннюю диагностику острого инфаркта миокарда (по уровню креатининкиназы, тропонина I, миоглобина в крови), сахарного диабета (по уровню инсулина, С-пептида), выявлять нарушения функции надпочечников (по уровню кортизола).

Широкий спектр исследований осуществляется в иммунологическом отделе КДЛ МОКБ. Это определение групп крови по системе АВ0, резус-фактора, выявление антиэритроцитарных антител, диагностика сифилиса путем определения антител методом иммуноферментного анализа, измерение уровня гормонов щитовидной железы, половых гормонов, гормона паращитовидной железы (паратормона), опухолевых маркеров, определение уровня витаминов (D, B₉, (фолиевая кислота), B₁₂). Используемые иммунологические методы позволяют выявлять заболевания надпочечников (по уровню метанефринов и норметанефринов), проводить диагностику сепсиса (по уровню прокальцитонина), нарушений углеводного обмена (по уровню С-пептида, иммунореактивного инсулина), аутоиммунных заболеваний (путем определения аутоантител), антифосфолипидного синдрома. Немаловажную роль иммунологические исследования играют в диагностике инфекционных заболеваний: с их помощью выявляют маркеры вирусных гепатитов и лайм-боррелиоза, антитела к коронавирусу и антиген SARS-CoV-2. Методом лазерной проточной цитофлуориметрии исследуется иммунный статус – проводится оценка клеточного и гуморального иммунитета.

Благодаря внедрению автоматических аналитических систем в клинической практике появилась реальная возможность быстрого и всестороннего обследования пациентов с нарушением фертильности. С этой целью в КДЛ МОКБ осуществляется целый ряд гормональных исследований: определение эстрадиола, прогестерона, общего тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и др. Следует подчеркнуть, что большое количество исследований в области репродуктологии касается физиологии и патологии женской репродуктивной системы. При этом предметом изучения стала в том числе вся физиология женского организма в разные возрастные периоды. Состояние репродуктивной системы мужчины оценивают в первую очередь по спермограмме, которая является скрининговым методом оценки нарушения фертильной функции. При мужском бесплодии также инфор-

мативны исследования, позволяющие определить уровень тестостерона, ЛГ и ФСГ в крови.

Заболевания щитовидной железы в настоящее время являются достаточно распространенными среди патологии эндокринной системы и занимают второе место после сахарного диабета. Эффективные лабораторные стратегии диагностики заболеваний щитовидной железы основываются на первичном измерении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови для выявления гипотиреоза новорожденных, диагностики первичного и вторичного гипотиреоза, клинического гипотиреоза, слабовыраженных и субклинических состояний, нетиреоидных заболеваний, а также для регулирования заместительной терапии при гипотиреозе и после удаления щитовидной железы. Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы требует также дополнительного измерения уровня свободного трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4).

В последнее десятилетие в медицинской практике стали применяться методы определения так называемых маркеров опухоли – антигенов, синтезируемых опухолевой тканью. К опухолевым маркерам (онкомаркерам) относят: раково-эмбриональный антиген (РЭА), простатспецифический антиген (ПСА), маркеры рака яичников (СА 125), поджелудочной железы, желчного пузыря (СА 19-9), молочной железы (СА 15-3). Корректная оценка результатов определения уровня опухолевых маркеров дает реальную возможность для диагностики и дифференциации злокачественных и доброкачественных опухолей по содержанию соответствующего антигена. Широкое применение онкомаркеров в клинической практике позволяет осуществлять мониторинг эффективности проводимой терапии и наблюдать за состоянием пациента после окончания курса лечения. Одним из наиболее широко известных онкомаркеров является ПСА. В 1971 г. из семенной жидкости выделили и в последующем идентифицировали в ткани предстательной железы, а также обнаружили в крови здоровых лиц и больных раком предстательной железы (РПЖ) ПСА. Это сделало возможным использование его в качестве эффективного маркера для дифференциальной диагностики РПЖ и доброкачественной гиперплазии простаты, а также для контроля эффективности лечения РПЖ. В настоящий момент ПСА является, пожалуй, единственным известным опухолевым маркером, который используется для массового скрининга (он входит в обязательный перечень ежегодного обследования мужчин после 45 лет для оценки состояния предстательной железы).

В настоящее время в практику лабораторной диагностики широко внедряются методы молекулярной биологии, одним из которых является метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). В отделе ПЦР, функционирующем в составе КДЛ МОКБ, проводятся исследования, позволяющие осуществлять диагностику вирусных гепатитов В и С с определением вирусной нагрузки и генотипа гепатита С, диагностику заболеваний, передаваемых половым путем (ИППП): выявлять ДНК хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, трихомонады, гарднереллы, кандиды, вируса папилломы человека. С помощью ПЦР-метода диагностируется ряд вирусных инфекций путем выявления ДНК вирусов (простого герпеса 1–2-го типа, герпеса 6-го типа, цитомегаловируса, вируса Эпштейна – Барр), а также РНК энтеровирусов. Кроме этого, ПЦР позволяет установить этиологию бактериальных менингитов, диагностировать миелолифферативные заболевания (выявлять мРНК химерного гена BCR-abl). В последние годы ПЦР-метод широко используется для выявления РНК возбудителя коронавирусной инфекции – SARS-CoV-2. Так, например, в 2020 г. из общего числа ПЦР-исследований, проведенных в КДЛ МОКБ, 92% составили исследования биологического материала для выявления РНК SARS-CoV-2. В 2021 г. таких исследований было 88,6%, в 2022 г. – 89% от общего числа ПЦР-исследований.

В составе КДЛ МОКБ функционирует бактериологическая лаборатория, современный комплекс методов исследования которой позволяет проводить диагностику широкого спектра бактериальных инфекций путем идентификации аэробных и анаэробных микроорганизмов, а также помочь в выборе рациональной антибактериальной терапии благодаря определению чувствительности возбудителей бактериальных инфекций к антибиотикам.

Таким образом, многопрофильная КДЛ, оснащенная современным высокотехнологичным оборудованием, является незаменимой в процессе диагностики патологических состояний. Без такой лаборатории широкого профиля сегодня немыслима работа стационаров. Проведение оптимального комплекса лабораторных исследований позволяет улучшить качество диагностики, сделать ее своевременной и достоверной и тем самым сократить расходы на лечение тяжелых осложнений и хронических форм болезней. Регулярное, доступное и своевременное лабораторное исследование нередко дает возможность предупредить заболевание и реально улучшить качество жизни человека.

Е. М. Василица, С. В. Жучкевич, Л. Г. Чикунова, М. В. Астрейко

ЧЕМ ОПАСЕН СИНТЕТИЧЕСКИЙ НАРКОТИК МЕФЕДРОН

Минский городской клинический наркологический центр

Наркомания – одна из значимых проблем современности. Синдром зависимости от наркотических веществ – тяжелое заболевание, распространенное во многих странах мира, которое затрагивает все социальные группы и слои населения. Популяризация наркотических веществ, простота их распространения (через интернет, с помощью «закладок», «магнитов» либо посредством личных встреч) говорят об актуальности проблемы в обществе.

В Минске в последние годы на нелегальном рынке наиболее широко распространяются синтетические психоактивные вещества. Это подтверждают данные, полученные при анализе структуры обнаруженных наркотических средств по результатам исследований, проведенных в централизованной химико-токсикологической лаборатории Минского городского клинического наркологического центра за период с 2019 по 2022 г. Группа синтетических наркотиков занимает первое место в общей структуре выявленных наркотических веществ и составляет 27,1%. К ней относятся такие опасные психостимуляторы, как альфа-ПВП, мефедрон, метилendioксипировалерон (MDPV). Для производства синтетических психоактивных веществ не требуется растительное сырье, их получают путем химического синтеза, что существенно снижает стоимость наркотика и делает его более доступным и популярным.

Следует отметить, что в последние годы отмечается рост случаев употребления синтетического психостимулятора мефедрона. Об этом можно судить по увеличению его выявляемости в г. Минске. Так, при проведении медицинского освидетельствования в 2019 г. мефедрон был обнаружен в 110 образцах биологических жидкостей, в 2020 г. – в 152, в 2021 г. – в 208, в 2022 г. – в 215 образцах.

Мефедрон является производным психостимулятора катинона. В природе вещество катинон содержится в листьях кустарника кат, произрастающего в Африке. О свойствах этого растения давно было известно шаманам племен и аборигенам, которые жевали листья ката для улучшения настроения. Синтетически созданный в лабораторных условиях аналог природного катинона – дизайнерский наркотик мефедрон – в несколько раз токсичнее растительного вещества, обладает значительно более мощным психостимулирующим эффектом и несет для организма человека разрушающие последствия. Мефедрон из-за присутствия в его структуре кето-

новой группы оказывает токсическое воздействие на организм, вследствие чего у лиц, употребляющих данный наркотик, быстро формируются синдромы измененной реактивности, психической и физической зависимости, а также стремительно нарастает психосоматическая патология.

Мефедрон (на сленге наркопотребителей – «мяу», «магия», «соль», «меф») представляет собой белый водорастворимый порошок или кристаллическую смесь. Цвет вещества зависит от химической чистоты последнего и может варьировать от белого до желтого, бежевого или коричневого. На черном рынке чаще встречаются кристаллы низкой степени очистки с добавлением примесей, поэтому вещество приобретет желтый или коричневый оттенок. Хотя мефедрон встречается в основном в виде порошка, иногда он также производится в форме различных капсул или таблеток. С 2015 г. и по настоящее время на фоне устойчивой популярности синтетических стимуляторов «соли» резко вошли в среду и без того развитого и расширившегося сообщества потребителей инъекционных наркотиков.

Мефедрон обычно принимают путем инсуффляции (втягивания носом) или перорально. В последние годы сообщается также об употреблении синтетических катинонов инъекционным путем. Внутривенный способ введения наркотика является наиболее опасным, так как при этом намного быстрее развивается зависимость к нему. Привыкание к мефедрону формируется уже после первого употребления, а толерантность возрастает в течение первых недель употребления. Суть развития толерантности сводится к тому, что со временем привычная доза наркотика становится недостаточной: эффект от приема длится все меньше, а ощущения становятся более тусклыми. В результате зависимый переходит от интраназального приема наркотика к инъекционному и в дальнейшем увеличивает дозировку вещества. Употребление становится «запойным» и многодневным: на сленге наркопотребителей – «марафон», названный так из-за частоты, скорости и цикличности приемов. Находящиеся «на марафоне» могут употреблять вещество до десятков раз в сутки на протяжении нескольких недель, пока не наступит полное истощение организма, после чего следует «чистый период», когда употребление прекращается на некоторое время – от нескольких недель до месяцев.

Но проблема состоит в том, что вследствие развития зависимости наркопотребитель снова возвращается к приему мефедрона.

При интраназальном употреблении дозы мефедрона обычно составляют 20–80 мг, хотя могут быть как более низкими (например, 5 мг), так и более высокими (в некоторых случаях доходят до 125 мг), при этом максимальный эффект достигается менее чем за 30 мин. По имеющимся в литературе сведениям, максимальный эффект от мефедрона, при инсuffляции которого требуется высокая доза, наступает через 45 мин – 2 ч после приема и длится в среднем от 2 до 3 ч.

На фоне приема мефедрона отмечаются умственная и физическая стимуляция, снижение аппетита, эйфория, подъем настроения, чувство эмпатии (осознанного сопереживания эмоциональному состоянию другого человека), открытость и стремление к общению с другими людьми, усиление восприятия музыки, необычные ощущения в теле («энергия тела»). Потребители в состоянии наркотического опьянения после приема мефедрона ведут себя шумно, размахивают руками, активно жестикулируют. При этом у них отмечаются тахикардия, подъем артериального давления, учащенное дыхание. Употребление мефедрона сопровождается расширением зрачков, нарушением терморегуляции (дискомфортные ощущения жара или озноба, потливость), учащением сердцебиения и повышением давления, неконтролируемым напряжением челюстных мышц, головокружением.

По окончании действия мефедрона развивается состояние, сопровождающееся тревогой, астенией, невозможностью уснуть, что приводит к необходимости приема повторных доз наркотика. В случаях регулярного употребления отмечаются нарушения функций памяти, бессонница, могут развиваться приступы выраженной тревоги и психотические состояния, риск развития которых растет с увеличением дозировок.

Большинство потребителей наркотиков не сознаются в приеме психостимуляторов. Некоторые потребители даже не знают, какое конкретно вещество они употребляли, или могут указать лишь так называемое торговое название вещества. Предположить вероятность употребления психотропного вещества можно на основании наличия характерных симптомов (расширение зрачков, снижение аппетита, неадекватное поведение). Но объективным доказательством приема психотропного вещества является результат химико-токсикологического исследования, которое заключается в обнаружении наркотического вещества или продуктов его метаболизма в моче.

Социальная проблема кроется в широкой популярности мефедрона среди молодых людей,

в том числе несовершеннолетних, в его доступности через интернет-площадки, низкой стоимости по сравнению с другими наркотиками. Широкое распространение мефедрон приобрел в тусовочной клубной среде за счет действия по усилению восприятия музыки и сексуального возбуждения.

Над оборотом мефедрона в Республике Беларусь установлен контроль с 8 апреля 2010 г. Несмотря на предпринимаемые государством меры противодействия распространению наркотиков, на протяжении последних лет в нашей стране сохраняется динамика роста числа регистрируемых преступлений, связанных с нелегальным распространением наркотиков. Не останавливают распространителей даже большие сроки уголовной ответственности за сбыт либо незаконный оборот наркотических средств – от 8 до 15 лет лишения свободы (ст. 328 Уголовного кодекса Республики Беларусь). В некоторых случаях незаконные действия с наркотическими средствами или психотропными веществами либо их аналогами наказываются лишением свободы на срок до 25 лет в соответствии с нормами Уголовного кодекса Республики Беларусь.

Серьезную проблему представляет активное включение в оборот наркотиков ресурсов интернета, которые не только содержат информацию о новых психотропных веществах, но и служат глобальным рынком для распространения и продажи наркотиков, а также предлагают широкие возможности для рекламирования этих веществ через социальные сети, онлайн-магазины курительных принадлежностей, дискуссионные форумы, блоги и т. п. В настоящее время более 90% всех случаев сбыта наркотиков реализуется бесконтактным способом в виртуальном пространстве.

Использованная литература

1. Камышников В. С. Клинико-лабораторная диагностика употребления психоактивных веществ: учеб. пособие / В. С. Камышников [и др.]. – Минск, 2016.
2. Редько А. Н. Мефедроновая наркомания: клинико-эпидемиологические аспекты и организация межведомственных профилактических мероприятий / А. Н. Редько [и др.] // Наркология. – 2011. – № 1. – С. 57–61.
3. Рекомендуются методы идентификации и анализа синтетических катинонов в изъятых материалах. Руководство для национальных лабораторий экспертизы наркотиков. – Нью-Йорк, 2016.
4. Шилейко И. Д. Новое поколение наркотиков: состояние проблемы / И. Д. Шилейко, О. Р. Айзберг, А. Т. Кузьменко // Лечебное дело. – 2015. – Т. 42, № 2. – С. 27–30.



В. А. Тавтын

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Центр спортивной реабилитации «НЕО»

Искусственное оплодотворение представляет собой совокупность методов вспомогательной репродуктивной технологии (ВРТ), чаще всего используемой в случае бесплодия. Искусственное оплодотворение производится с целью наступления беременности у женщин, которые не могут зачать естественными способами по различным причинам.

XXI в. справедливо называют веком биотехнологий. Современное биомедицинское знание позволяет настолько глубоко проникнуть в человеческую природу, что человек как бы сам становится ее создателем и производителем. Особенно ярко это проявляется в репродуктивных технологиях и генной инженерии.

Термин «экстракорпоральный» происходит от латинского слова «экстра» (*вне*) и «корпоральный» (*телесный*). То есть это оплодотворение без тела. В разговорной речи также можно услышать *in vitro*, что в переводе означает «из пробирки», или «искусственное оплодотворение». Суть экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) заключается в том, что оплодотворение, то есть процесс встречи яйцеклетки и сперматозоида, происходит вне тела женщины. Их помещают в некую питательную среду, где они и взаимодействуют. А по прошествии нескольких суток (обычно от одного до трех дней) полученные эмбрионы помещают в матку.

Бытует много мнений как о позитивных, так и о негативных последствиях. Считается, что «материнское счастье есть неотъемлемое право всякой женщины». С либеральной позиции искусственное оплодотворение лишь право каждой женщины иметь ребенка.

ЭКО впервые было применено в 1978 г. в Кембридже. Первым ребенком из пробирки была девочка Луиза Браун. В России ЭКО впервые было произведено в 1986 г. Метод оказался довольно результативным как при женском, так и при мужском бесплодии.

Показаниями к ЭКО является не поддающееся терапевтическому лечению бесплодие, а также заболевания, при которых невозможно наступление

беременности при использовании множества методов лечения.

Современные вспомогательные репродуктивные технологии

Методы лечения тяжелых, комбинированных форм бесплодия в случаях невозможности естественного зачатия включают ЭКО и перенос эмбрионов в полость матки, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство, предимплантационную диагностику наследственных болезней, искусственную инсеминацию спермой мужа (донора).

Кабинеты женского и мужского бесплодия оказывают помощь супружеским парам при отсутствии наступления желанной беременности более года, пациенткам в возрасте 35 лет и старше при отсутствии наступления беременности более 6 месяцев.

Первичное обследование супружеской пары проводится согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2019 г. № 124 «О вопросах применения вспомогательных репродуктивных технологий» и включает обязательное обследование супружеской пары (инфекционный скрининг, гормональное обследование, УЗИ, спермограмма, общеклиническое обследование и консультация терапевта). Яйцеклетки получают путем целевой пункции фолликулов под контролем УЗИ. С помощью специального ультразвукового датчика и тонкой иглы пациентке производится пункция брюшной полости, далее игла вводится в яичники и последовательно аспирируются все фолликулы. Полученная фолликулярная жидкость, содержащая яйцеклетки, передается эмбриологу. При проведении пункции применяется внутривенное или местное обезболивание. Сперма собирается путем мастурбации в специальную посуду в день забора яйцеклеток женщины. Перед сдачей спермы рекомендуется воздержание от алкоголя, курения, перегревания и переохлаждения.

Оплодотворение и культивирование эмбрионов. Яйцеклетки и сперматозоиды помещаются

в специальную питательную среду и содержатся в инкубаторе, в котором поддерживаются условия, необходимые для оплодотворения и раннего этапа развития эмбрионов. В случае если сперматозоидов мало или значительно снижена их подвижность, проводится оплодотворение методом ИКСИ. В инкубаторе эмбрионы находятся до момента переноса в полость матки. Перенос эмбрионов проводится под контролем УЗИ специальным катетером в полость матки. Данная процедура не требует обезболивания. После переноса эмбрионов назначаются гормональные препараты прогестерона на поддержку беременности до теста.

ЭКО – довольно сложная процедура. Поэтому врачи стараются понизить любые риски для пациента, то есть выбирают один наиболее здоровый зародыш, чтобы исключить многоплодную беременность. Вследствие этого рассматриваются такие этические проблемы, как уничтожение и заморозка лишних экземпляров. Кроме того что осознание этого факта может принести душевные страдания, возникает вероятность возобновления генетических опытов и экспериментов, осужденных на Нюрнбергском процессе.

Этично ли давать начало новой жизни путем ЭКО? С одной стороны, право каждой женщины – родить ребенка, а право каждой семьи – воспитывать этого ребенка и быть счастливыми. Основанием этого права в рамках либеральной идеологии является естественно-биологическая функция деторождения.

Поскольку ВРТ напрямую затрагивают человеческую жизнь, возникает вопрос о правовых и нравственных границах их применения. Каковы эти границы? Это такие фундаментальные нормы биомедицинской этики, как принцип «не навреди», принцип информированного согласия, принцип чести и достоинства человека, морально-этическая ответственность медицинского сообщества за социальные и религиозные аспекты ВРТ. Задача настоящей работы – проанализировать с этико-философской точки зрения один из наиболее широко применяемых методов ВРТ – ЭКО.

Согласно энциклике Папы Павла VI *Humanae vitae* «искусственное оплодотворение противоречит единству брачного союза, достоинству супругов, родительскому призванию и праву ребенка быть зачатым и произведенным на свет в браке и в результате этого брака».

Среди последователей буддизма нет единой точки зрения относительно ЭКО. Приверженцы традиционной сангхи считают его недопустимым, в то время как некоторые школы приветствуют то, что женщины благодаря ему могут стать матерями.

Основные этические проблемы экстракорпорального оплодотворения

✓ Разобщение зачатия. Согласно взглядам большинства религий, ЭКО нарушает нормальный ход зачатия. При этом половой акт подменяется на технические действия. Сперма получается путем мастурбации, которая во многих религиях считается грехом. Половой акт и оплодотворение разделяются во времени, а родители даже не присутствуют при зачатии своего дитя.

Все это превращает ребенка в глазах верующих людей из дара от Бога в вещь, добытую техническими действиями. Он «изготавливается на заказ», а в случае несоответствия всегда может быть вовремя «редуцирован» (удален).

✓ Нарушение прав ребенка. В зачатии ребенка участвуют не родители, а медицинский работник, и поэтому он не может в полной мере называться ребенком своих отца и матери, особенно если были использованы донорские материалы. В случае неудовлетворения критериям живой эмбрион уничтожается и пересаживается новый, что нарушает право на жизнь. Ребенок превращается в предмет контракта и купли-продажи.

✓ Нарушение прав матери. В случае использования суррогатной матери она лишается своего естественного права вырастить и воспитать дитя, выношенное во чреве и рожденное ею. Происходит грубое нарушение естественного закона: кто родил – тот и мать. Оказывается, можно выносить и родить ребенка, но не быть его матерью!

✓ Проблема биологических и генетических родителей, подрыв основ семьи. ЭКО приводит к появлению таких понятий, как биологические и генетические родители. Это нарушение естественного хода вещей и семьи. Использование донорских яйцеклеток и сперматозоидов фактически считается прелюбодеянием в браке, что недопустимо с религиозной точки зрения.

✓ Проблема эмбрионов. В процессе ЭКО пренебрегается естественное право эмбриона на жизнь как маленького человечка на ранней стадии развития. При ЭКО неизбежно происходит выбор более хорошего эмбриона для пересадки в матку. Лишние эмбрионы, особенно если они «низкокачественные», уничтожаются, независимо от их хромосомного набора и жизнеспособности.

Эмбрион может быть продан, подарен или уничтожен по желанию сторонних лиц, а также использован для научных или медицинских целей.

Преимущества искусственного оплодотворения матерью может стать любая женщина, имеющая нарушения половой системы;

Обмен опытом

- в период вынашивания плода врач наблюдает за пациенткой, что позволяет обнаружить очень быстро различные проблемы развития эмбриона;
- процедура подразумевает под собой рождение полностью здорового ребенка, как показывают многолетние наблюдения;
- для женщин старше 40 лет есть возможность забеременеть, так как зачатие естественным путем затруднительно.

С каждым годом все больше семей пользуются услугами репродуктивных клиник, предлагающих ЭКО. Этические проблемы этой процедуры волнуют как будущих родителей, так и всех неравнодушных членов общества. Для многих семей ЭКО является последней возможностью родить и воспитать долгожданного ребенка. Морально-этические аспекты, конечно же, важны для пары, но проблема бесплодия может вызвать переживания, приводящие к депрессии, и разрушить даже самый крепкий брак. Поэтому каждый пациент после консультации об особенностях метода должен сделать выбор, применять ли эту медицинскую технологию или найти другой способ стать родителями. Вследствие того что требуется совершить несколько попыток, организм подвергается огромным нагрузкам. Так как все этапы процедуры длятся месяцами, пациентке приходится часто отпрашиваться с работы, из-за этого она становится объектом пристального внимания коллег. Некоторые из них не одобряют ЭКО и обсуждают этические проблемы метода. Это может стать причиной различных расстройств нервной системы.

Следует также отметить морально-этические проблемы, возникающие при проведении ЭКО: проблема самоидентичности ребенка, вовлечение в процесс создания новой жизни до 5 человек, коммерциализация донорства, разрушение традиционной семьи.

Современная психология располагает большими возможностями для помощи бесплодным парам. В последние годы выделилось новое направление перинатальной психологии – психология репродуктивной сферы, которое занимается изучением

психологических аспектов бесплодия и разрабатывает методы психологической помощи женщинам и мужчинам.

Человечество реально воспринимает искусственное оплодотворение и соблюдает этику ЭКО неукоснительно. Бесплодная пара страдает от отсутствия детей, и другие люди это прекрасно понимают. Медицина также твердит о том, что процедура ЭКО иногда является единственным способом родить ребенка, если пара полностью бесплодна. Но решение в первую очередь должны принимать сами родители, без участия посторонних лиц.

Применение новых биомедицинских технологий разрешает проблему бесплодия, и ими пренебрегать, с одной стороны, абсурдно. Но, с другой стороны, при развитии ВРТ происходит распространение репродуктивных прав. Данная система взглядов устанавливает приоритет биологических прав родителя над социальными, над правами ребенка на свое духовное и физическое здоровье, на нравственную устойчивость.

Дети – это большая радость для супружеских пар, но, к сожалению, не всем дано иметь ребенка. Отчаявшиеся родители готовы пойти на многое, чтобы испытать счастье материнства и отцовства, поэтому искусственное оплодотворение пользуется большим спросом.

Искусственное оплодотворение – одно из великих открытий XX в. Многие семьи, которые не могли завести детей по причине бесплодия, могут стать полноценными семьями, узнать, что такое стать отцом и матерью. Однако есть и такие случаи, когда искусственное оплодотворение затрагивает ценности человека, такие как брак, взаимоотношение супругов, личностная судьба ребенка. Каждый человек должен сделать собственный выбор и не навязывать свои взгляды другим. Создание новой жизни, каким бы то ни было путем, не настолько порицается обществом и религией, как аборт, стерилизация или контрацепция. Это борьба не против человеческой жизни, а борьба за возможность ее возникновения.



Профессор В. К. Милькаманович

КАК ПОБОРОТЬ ВРЕДНУЮ ПРИВЫЧКУ

Белорусский государственный университет

Сколько превосходных начинаний и даже сколько отличных людей пало под бременем дурных привычек.
К. Ушинский

Жизнь человека состоит из привычек. Привычки бывают полезные и вредные. Полезные привычки вырабатываются постепенно, они требуют настойчивости и волевого усилия: утренняя гимнастика, обязательные гигиеничные процедуры, поход на работу. Вредные привычки – термин, характеризующий такой образ жизни, при котором человек осознанно наносит вред своему здоровью. Вредные привычки прививаются чаще в подростковом возрасте из подражания другим, желая выглядеть более взрослым, успешным, похожим на людей, которые служат своеобразным примером. Постепенно вредные привычки становятся зависимостью, избавиться от которой достаточно сложно. Становясь рабом своей привычки, человек, не замечая, наносит существенный вред своему здоровью, попирает общественные законы человеческого общежития, причиняет беспокойство и хлопоты окружающим людям.

Специалисты выделяют множество видов вредных привычек. Какие-то из них пришли к нам из далекого прошлого, а что-то появилось не так давно. Самыми распространенными и опасными сегодня считаются табакокурение, наркомания, токсикомания и алкоголизм.

Существуют и другие вредные привычки:

- игромания – с развитием цифровых технологий и появлением интернета эта проблема стала бичом современности, затрагивающим не только подростков и детей, но и представителей старшего поколения;
- шопоголизм – в большей степени характерен для женщин, причем чем больше представительница слабого пола склонна к эгоизму, тем сильнее ее страсть к покупкам;
- переядание – зачастую такой плохой привычкой страдают лица, привыкшие «заедать» свои проблемы: в стрессовых ситуациях у них появляется аппетит, который они не в силах контролировать;
- привычка ковыряться в носу или сдирать несуществующие ранки на коже, грызть ногти, хрустеть пальцами;
- отстукивание ритма руками или ногами и др.

Чаще всего причинами развития вредных привычек у человека являются:

- социальная согласованность – если в социальной группе, к которой принадлежит человек считается нормой та или иная модель поведения, например курение, то, скорее всего, он также будет следовать ей, чтобы доказать свою принадлежность к этой группе;
- неустроенность в жизни и отчуждение;
- удовольствие – это одна из основных причин, почему влияние вредных привычек настолько велико; именно постоянное получение удовольствия приводит к тому, что люди становятся алкоголиками или наркоманами;
- безделье, неумение правильно распорядиться свободным временем;
- любопытство;
- уход от стресса.

Что двигает человеком в его вредных привычках? Что им управляет? Почему многие начинают пить, курить и т. д.? Ответ известен – это возникновение мысли! Потом идет беседа с мыслью, далее согласие с мыслью и действие. Так срабатывает любая вредная привычка – как автоматическое действие, которое человек обычно не отслеживает. Для него это закрытая область. Так, курильщик ощущает себя только на этапе желания. Он обычно говорит: «У меня нет никаких мыслей, у меня есть только желание покурить!» Однако желание без мысли невозможно!

Для того чтобы избавиться от вредной привычки эффективнее, нужно реагировать в самом начале этой психофизиологической цепочки вредной привычки. Если человек реагирует позже, на этапе согласия с мыслью о вредной привычке, то неизбежно возникает желание. Желание в психофизиологическую цепочку не включено, потому что оно второстепенно и полностью зависит от согласия или несогласия.

Первым шагом в борьбе с вредной привычкой является решение, которое принято в настоящем времени. Без принятия решения выйти на видение всех звеньев психофизиологической цепочки вредной привычки невозможно.

Школа само- и взаимопомощи

Второй шаг – уничтожение источника вредной привычки. Поскольку источником любой вредной привычки является мысль, то нужна серьезная работа с мыслью о вредной привычке. Для этого существует несколько приемов.

Управляемое дыхание, пробежка, занятие физкультурой, шитье, вышивание, бисероплетение, рисование, игра на различных музыкальных инструментах и другое в момент появления мысли о вредной привычке.

Плохую мысль необходимо срочно заменить хорошей о какой-нибудь значимой причине, по которой нужно расстаться с вредной привычкой. Например, сохранение денег, которые могли быть потрачены, сбережение здоровья, сохранение семьи, хороший пример для своих детей и т. п. Эту мысль нужно постоянно удерживать в сознании и творчески развивать. Полезно при этом мысленно обратиться к близкому человеку за помощью избавиться от вредной привычки. Например, к жене: «Любимая, помоги мне избавиться от мысли и желания выпить/покурить/уколоться!» Этот прием будет еще эффективнее, если человек является верующим. Он может обратиться с молитвой напрямую к Богу: «Господи, помоги!»

Третий шаг – формирование полезной привычки и регулярное ее подкрепление. Лучший способ избавиться от нездоровой привычки – заменить ее хорошей. Как только появится желание выкурить сигарету, необходимо постараться отвлечься, выполнив 30 отжиманий от пола или почистив зубы. Конечно, трудно не обращать внимания на дискомфорт, но это лишний раз подтверждает, что дурная привычка уходит.

Полезные привычки составляют основу здорового образа жизни. Например, правильное питание, предполагающее обогащение рациона витаминизированными продуктами, соблюдение режима дня и сна, полноценный восьмичасовой ночной отдых, занятия спортом (плавание, танцы, борьба) и т. д.

Четвертый шаг – получение удовольствия от простых вещей. В большинстве случаев привычка курить или употреблять алкоголь развивается

при желании человека получить удовольствие от применения сигарет или спиртных напитков. Соответственно, в качестве профилактической меры следует научиться радоваться вещам, с которыми приходится сталкиваться ежедневно, и получать от этого эмоциональное удовлетворение. При правильном самонастройстве удовольствие можно получить от самых простых событий, таких как:

- успехи в учебе или на работе;
- занятие рукоделием;
- домашние дела при правильной организации;
- прослушивание любимой музыки;
- уход за домашними животными;
- просмотр хороших фильмов;
- общение с друзьями и родственниками.

Чем больше в жизни человека существует вещей, приносящих ему удовольствие, тем меньше вероятность того, что он будет использовать табак или алкоголь как способ улучшить собственное настроение либо достичь других целей.

Пятый шаг – выбор правильного круга общения. Борьба с вредными привычками будет эффективнее, если человек окружает себя людьми, поддерживающими его точку зрения относительно здорового образа жизни. Влияние общества достаточно сильное – это доказано не раз. В большинстве ситуаций появление вредных привычек становится следствием того, что человеку именно друзья предложили попробовать сигарету, спиртное или наркотик. Продолжение общения в таком круге и ведение неправильного образа жизни приводят к формированию устойчивой зависимости, от которой впоследствии очень тяжело отказаться.

Уважаемые коллеги! Если вы решили избавиться от какой-либо вредной привычки, необходимо остановиться и задуматься, с чем именно вы хотите справиться. Ведь ни одна привычка не возникает на пустом месте, беспричинно. Совершенно бессмысленно бороться с пагубным пристрастием, не понимая причин его возникновения. Вы должны понимать, что вредные привычки – это яд, который отравляет организм и наносит непоправимый ущерб здоровью.