

МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Исполняющий обязанности

главного редактора

Абаев Юрий Кафарович

Редакционная коллегия:

Е. М. Бильдюк (отв. секретарь)

Л. И. Алехнович

А. А. Астапов

И. В. Василевский

Н. И. Доста

Л. Э. Кузнецова

А. Е. Кулагин

Т. В. Матвейчик

В. К. Милькаманович

В. Г. Панкратов

С. М. Русак

Н. Ф. Сивец

С. Ф. Южик

Адрес редакции: ул. Фабрицуса, 28, 220007, г. Минск
Телефон +375 17 368-21-48. E-mail: medznania@tut.by
<http://www.medsestra.by>

Подписные индексы:

для организаций — 749062

для индивидуальных подписчиков — 74906

Стиль-редактор Е. М. Бильдюк

Компьютерная верстка С. А. Шуляк

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

Подписано в печать 01.02.2022

Тираж экз.

Заказ

Государственное предприятие

«СтройМедиаПроект».

ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.

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

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

Научно-практический журнал

для специалистов

со средним

медицинским

образованием

1(139)

январь – февраль, 2022

Издается с 1999 года

Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции _____ 2

Тема номера

Н. Ф. Сивец

Медицинская помощь пациентам

с энтеро- и колостомами _____ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

В. К. Милькаманович

Медико-социальные аспекты борьбы

с наркотической зависимостью _____ 7

Трибуна преподавателя

Л. Э. Кузнецова

Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции _____ 16

Обмен опытом

Г. И. Герасимович

Особенности способов внутривенной инъекции _____ 19

А. А. Лесник

Психологические методы управления болью

при дисфункции позвоночника _____ 23

В. А. Крупенчиков, О. Н. Шиман

Симуляционное обучение в системе современной

подготовки медицинских работников среднего звена _____ 29

Школа само- и взаимопомощи

В. К. Милькаманович

Как бороться со слухами на работе _____ 26

Дорогие коллеги!

Первый санитарный автомобиль в Минске появился в апреле 1911 г. – раньше, чем в Санкт-Петербурге и Москве. Вызов автомобиля с медицинским персоналом стоил 3 руб., деньги по тем временам немалые. За год было сделано 18 выездов, первый – 24 мая на Комаровское поле, над которым при большом скоплении народа проходили показательные выступления на аэроплане знаменитого авиатора С. Уточкина.

Стремительное развитие служба скорой медицинской помощи (СМП) получила в середине XX в., что позволило улучшить раннюю диагностику и уменьшить смертность, прежде всего при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Однако сейчас наблюдается деформация работы СМП. Взяв на себя часть функций первичного звена медицинской помощи, она выполняет задачи, далеко не всегда ей свойственные. Обусловлено это недостаточной профилактической направленностью системы здравоохранения, старением населения и ростом числа хронических пациентов, отсутствием преемственности в работе между СМП и амбулаторно-поликлиническим звеном, алкоголизмом населения и доступностью СМП.

Скорую вызывают, чтобы «провериться», без очереди попасть в стационар, сделать «привычный укол», ЭКГ, измерить артериальное давление (АД), полечить ссадину, устранить синдром алкогольного похмелья, решить бытовые и социальные проблемы. Особенно часто необоснованно вызывают СМП пожилые люди. Многие из них не в состоянии добраться до поликлиники, а участковый врач не всегда стремится их навестить. Между тем почти половина престарелых пациентов нуждается лишь в коррекции эмоционального состояния. Отсутствие критериев вызова, доступность и недостаточное понимание назначения СМП обуславливают потребительское отношение населения к этой службе.

Почему во время работы поликлиник нужно выезжать к пациентам с головной болью, невысокой температурой, радикулитом, хроническими заболеваниями, незначительным повышением АД? Почему скорая превратилась в «обслужу на колесах», с которой можно не здороваться, не прощаться, которую можно не благодарить? К службе «101» все относятся с почтением, а медиков СМП порой не считают не только за медработников, но и за людей. Жалобы пишут по любому поводу в разные инстанции, где в два счета найдут виновных и подтвердят, что «пациент всегда прав». Врачи и фельдшера, встречаясь с откровенным хамством, а то и с угрозами, наученные горьким опытом, не моют руки на выезде, меньше спрашивают и больше молчат – работа в условиях постоянного выгорания не всегда к этому располагает. Общий недуг многих пациентов скорой – сердечная недостаточность, правда, не в медицинском, а в нравственном смысле.

Скорая – это кадры, транспорт и связь. Кадровый вопрос – самый острый. Врач и фельдшер СМП – профессии уникальные, в отличие от коллег из больниц и поликлиник они всегда «одни и без оружия», главное их оснащение – ГПУ (глаз – пальпация – ухо), и разбираться они должны во всех областях медицины. Многие доктора из стационаров и суток не продержались бы на линии. Не все знают, что работа на скорой относится к разряду «особо тяжелого физического труда» наряду с профессией шахтера и металлурга. Хирурги, например, отнесены к труду «средней тяжести». У молодых медиков, которые приходят на скорую, романтика ночных дорог, маяков и сирен быстро проходит. Многие, хлебнув лиха, увольняются. Остаются лишь фанаты профессии, плохих специалистов среди них не бывает.

Приходит время исчезновения особой категории медиков – поколения советских врачей, фельдшеров, медсестер. Они сдают свои позиции и делают это с болью в душе за своих сограждан. Вот что написал в «Фейсбуке» один из таких врачей: «Вы не сберегли поколение хороших врачей, люди. Вам его подарило время как компенсацию за ошибки социалистического прошлого, одно из немногочисленного ценного, что вы могли иметь даром. Вы сгноили этот подарок – жалобами, кляузными, оскорблениями, недовольством, молчанием, равнодушием, ненавистью к тем, кто из последних сил, за нищенскую зарплату, имея огромные обязанности и не имея никаких прав, пытался бороться за ваше здоровье. А теперь это поколение, воспитанное в духе альтруизма, гуманизма и бесребреничества, благополучно вымерло. Остались лишь крохи. Новые врачи уже не будут такими – они растут в другой эпохе... И как дети своей эпохи они не смогут вести себя как то, уходящее во тьму поколение, которое вы добиваете. Вы молчали, когда врачи жили на нищенскую зарплату. Вы хором осуждали, когда врач, спасший тысячу, не спасал одного. Вы доносили, когда врач, дошедший до нервного срыва, ругал вас за необоснованный вызов. Вы не обращали внимания, что люди, спасающие ваши жизни, живут без социальных льгот, без привилегий, без достойного уважения к своему труду. Вы предали врачей, люди. Куда уходят врачи? Подальше от вас, верьте слову. Умирая в нищете, от инфарктов, инсультов и онкологии, забытые всеми спасенными и исцеленными, они уходят в лучший мир, где не будет таких, как вы». Этот крик души нельзя читать без волнения. Что с нами происходит?

С уважением,
профессор

Ю. К. Абаев



Профессор Н. Ф. Сивец

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМАМИ

Белорусский государственный медицинский университет

Несмотря на современные возможности ранней диагностики рака прямой кишки, процент выявления запущенных форм этой патологии остается высоким. Наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа людей, перенесших операции с формированием кишечной стомы, что обусловлено ростом заболеваемости колоректальным раком, болезнями толстой кишки. Ежегодно в мире регистрируется около 800 тыс. вновь заболевших колоректальным раком. Запущенная стадия заболевания является главной причиной того, что большому количеству больных не удается выполнить сфинктеросохраняющие хирургические вмешательства. Как при экстренных, так и при плановых операциях хирургами формируются временные или постоянные колостомы. До 65% экстренных операций на толстой кишке завершаются формированием колостомы. Такой исход хирургического вмешательства существенно изменяет качество жизни данных пациентов, нередко приводя к инвалидизации. По данным Всемирной организации здравоохранения, число стомированных пациентов на 100 тыс. населения составляет 100–150 человек. В России число стомированных пациентов достигает 100–140 тыс., из них 38,0–45,0% – больные трудоспособного возраста. Наличие стомы вносит существенные ограничения в жизнь человека (психологические, социальные, профессиональные и сексуальные проблемы) и значительно снижает ее качество.

Поэтому даже при формировании функционально состоятельной концевой колостомы, без проведения целенаправленных мероприятий как до, так и после операции оказывается невозможным добиться приемлемого качества жизни данных пациентов.

В зависимости от участка кишечника, который выведен наружу, операция называется илеостомией или колостомией. Илеостома накладывается на дистальный отдел тонкой кишки справа на брюшной стенке, на границе тонкого и толстого кишечника. Колостома располагается чаще слева на брюшной стенке, хотя она может иметь и другую локализацию.

Стомы бывают трех видов: двустольная (петлевая), одноствольная (концевая) и пристеночная. Форма стомы может быть выпуклая, плоская или втянутая. Нормальный размер стомы – 2–5 см в диаметре. Иннервация слизистой оболочки отсутствует, что значительно облегчает уход и делает его безболезненным.

Проведение реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений, наступающих при формировании противоестественного заднего прохода, должно изначально предусматривать их комплексный характер с учетом индивидуального подхода. Важно учитывать как индивидуальные особенности каждого пациента, так и большое число параколостомических осложнений, приводящих к дисфункции колостомы.

Исходя из этого, реабилитационные мероприятия в идеале должны начинаться как можно раньше, а именно с момента поступления пациентов в стационар. Ведь большинство больных, которым предстоит формирование противоестественного заднего прохода, как правило, находятся в состоянии выраженной депрессии. Они испытывают скрываемые и нескрываемые страх и отчаяние в связи с возможным наложением колостомы, что особенно отчетливо проявляется у лиц молодого возраста. Поэтому в предоперационном периоде, беседуя с пациентом, врач должен разъяснить ему изначально, что подобная процедура необходима для спасения его жизни. Следует также акцентировать внимание на том, что существующие способы ухода за колостомой позволяют вернуться к достаточно полноценной жизни.

Качество жизни пациентов после наложения колостомы зависит от многих факторов. Важным здесь является выбор места будущего формирования концевой колостомы на передней брюшной стенке. Необходимо предусматривать, чтобы колостома была легкодоступна для осмотра и ухода за ней, что особенно имеет значение у лиц с избыточной массой тела.

В предоперационном периоде не следует особо останавливаться непосредственно на обучении уходу за противоестественным задним проходом. Это – задача для послеоперационного периода.

Тема номера

В послеоперационном периоде, по мере восстановления общего состояния пациента и заживления ран, следует начинать мероприятия по регуляции стула при помощи диеты. Важно контролировать периодичность приема пищи, ее состав, количество, консистенцию. При этом необходимо анализировать реакцию кишечника на принимаемую пищу (качество стула, его частоту, наличие газов, возможные боли после приема пищи). Важно установить, какая пища и какой режим питания подходят для данного пациента. Обычно достаточным бывает контроль за приемом пищи на протяжении 3–4 недель.

Неотъемлемым для стомийного пациента становится вопрос применения калоприемников. Наиболее серьезный прорыв в развитии приспособлений, предназначенных для ухода за стомами, был связан с открытием клеящейся основы, способной одновременно фиксировать собирающий мешок к коже и защищать ее от агрессивного кишечного содержимого. Идея создания калоприемника принадлежит медсестре из Дании Элизе Соренсен (1954). Норма Джил, пациентка с илеостомой, оперированная американским хирургом Торнболлом по поводу язвенного колита, в 1958 г. стала первым специалистом по уходу за больными с кишечными стомами.

В первые дни после операции установка калоприемника и уход за ним – непосредственная задача и обязанность медицинского персонала. Ведь пациент не может сделать это физически и не знает практически, как обращаться с этим новым «явлением» в его жизни. Рассказывая пациенту и его родственникам о калоприемниках, необходимо акцентировать внимание на наиболее эффективных устройствах, которые обеспечивают необходимую герметичность и комфортное существование пациента на протяжении всех суток. Предпочтительно использовать калоприемники, клеящееся вещество которых создано на биологически активной основе, защищающей кожу от повреждающего действия каловых масс. Такие изделия состоят из клеящейся пластины и мешка и отличаются друг от друга защитными свойствами адгезива и способами крепления к ним полиэтиленовых мешков. Использование клеящихся калоприемников не требует каких-либо дополнительных условий для их наклейки и удаления.

В настоящее время применяются одно- и двухкомпонентные калоприемники. Однокомпонентные просты в использовании, быстро заменяемы (рис. 1). Их главный недостаток – они одноразовые. Частая смена однокомпонентного калоприемника становится причиной травматизации кожи с развитием дерматита.

Перед наложением однокомпонентного калоприемника кожу вокруг стомы очищают теплой

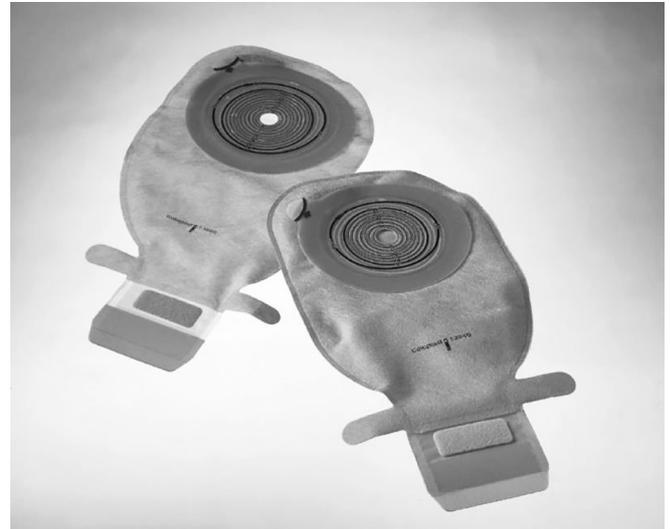


Рис. 1. Однокомпонентный калоприемник

водой с мылом или очищающими средствами и полностью удаляют волосы. Затем высушивают кожу. Если вокруг стомы имеются неровности, то их можно заполнить специальными пастами для обработки кожи, тем самым защищая ее от раздражения содержимым кишечника. Калоприемник снабжен пластиной с наложенным на нее бумажным трафаретом. В соответствии с диаметром стомы по нанесенному контуру вырезается отверстие, на 3–4 мм превышающее размер стомы. Затем пластину плотно закрепляют на коже.

Двухкомпонентный калоприемник с фланцевым креплением мешка и пластины более комфортный для длительного использования, так как не вызывает травматизации кожи, связанной с частой заменой (рис. 2). Наполненный мешок можно опорожнять по мере необходимости.

Если система двухкомпонентная, то принцип действия следующий. Клейкий слой адгезивной пластины защищен специальной бумагой. Для легкости приклеивания нужно согреть пластину ру-



Рис. 2. Двухкомпонентный калоприемник

ками и удалить с нее защитную бумагу. Наложить пластину следует так, чтобы ее отверстие плотно прилегало к поверхности кожи в окружности стомы. Начиная с нижнего края пластины, приклеивают ее к коже, следя за тем, чтобы не образовывались складки, тем самым не нарушалась герметичность. Затем стомийный мешок точно насаживают на кольцо пластины, пока оно не «захлопнется» с характерным щелчком. В случае раздражения кожи лучше использовать двухкомпонентные системы, где производится замена только мешков, а адгезивная пластина остается на коже несколько суток.

Основные задачи ухода за колостомой: сбор вытекающего кишечного содержимого, защита кожи и контроль над запахом. Наличие колостомы может существенно ухудшить социальный статус, финансовую обеспеченность, независимость и положение в семье, негативно сказывается на интимной жизни, что предполагает необходимость оказания таким пациентам психологической поддержки. Важно научить пациента жить с этой проблемой, обеспечивать в достаточной мере уход за стомой, правильно питаться и одеваться, чтобы максимально достичь социальной реабилитации.

Стомированным больным сразу же после операции трудно смириться с мыслью о необходимости ведения нормальной повседневной жизни в новых условиях с образованной стомой. Со временем следуют привыкание и адаптация. Такие пациенты по возможности должны продолжать вести тот образ жизни, каким он был до операции: носить нормальную одежду, купаться, принимать душ, выполнять прежнюю работу, если она не вызывает физических усилий; сексуальная жизнь не подлежит ограничению; у женщин сохраняется репродуктивная функция – они могут беременеть и рожать. Подход к питанию индивидуален. Диета должна быть разнообразной и богатой витаминами. Рекомендуются отруби, пахта, йогурт, брусничный сок, которые уменьшают количество газов и неприятный запах. Есть необходимо медленно, тщательно пережевывая пищу, не менее 3 раз в день и выпивать не менее 2 л жидкости.

Необходимость в социальной адаптации и медицинской реабилитации стомированных пациентов нарастает в связи с ростом больных колоректальным раком. Первичным звеном в организации помощи стомированным пациентам является кабинет реабилитации, предназначенный для проведения диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий.

После выписки из стационара пациентам следует находиться под наблюдением медицинского персонала. Консультативная помощь на данном этапе им может быть оказана в кабинетах для сто-

мированных пациентов. Специально обученный персонал должен обеспечивать комплексный уход за стомированными больными в стационарах и на дому. Цель помощи пациентам со стомой – обучение самостоятельному уходу, создание условий для эффективной реабилитации и обеспечение высокого качества жизни. Доказано, что обучение пациентов с кишечной стомой имеет первостепенное значение в процессе перехода пациента от стационарной медицинской помощи к самостоятельному уходу. Это позволяет вернуть к обычному образу жизни до 60% таких пациентов.

В реальных условиях пациентам со стомой после операции еще длительное время после выписки приходится обращаться за советом к врачу по уходу за стомой. Как правило, данная помощь не носит специализированного подхода, а заключается в правильной санации и обработке воспаленного кожного покрова. Мировой опыт показывает, что специально обученный средний медицинский персонал может самостоятельно оказывать квалифицированную реабилитационную помощь стомированным пациентам в рамках своей компетенции.

Проблемы пациентов с кишечными стомами являются чрезвычайно актуальными и требуют качественного, целесообразного объема медицинской помощи. Они заключаются в обеспечении средствами ухода за стомой, в ознакомлении с правилами ношения бандажа, правилами организации питания, в необходимости психологической поддержки, обретении навыков поведения в быту, в семейной обстановке, общественной жизни, на работе при изменившихся условиях жизни.

Роль медицинской сестры в лечебном процессе пациентов с кишечными стомами постоянно возрастает. Медсестра в современных условиях должна обладать не только милосердием, но и знаниями по уходу за такими больными. Палатная медсестра постоянно находится рядом с пациентами с кишечными стомами как до, так и после операции, поэтому именно от нее во многом зависит не только уход, но и в конечном итоге выздоровление пациента и дальнейшее качество его жизни с кишечной стомой. Пациент с кишечной стомой является не только больным по основной этиологии, но в результате калечащей хирургической операции, связанной с наложением кишечной стомы, он становится нуждающимся в развитии у него приспособительных механизмов к новым анатомо-физиологическим условиям существования, корреляции физиологических и психологических показателей от полученного стресса. Поэтому палатная медицинская сестра должна владеть навыками специализированного и надлежащего сестринского ухода за ним и, наконец, помогать решать социально-психологические проблемы стомированного чело-

Тема номера

века. Без помощи специально подготовленного медицинского персонала данная категория пациентов не сможет преодолеть возникшие внезапно после стомирующей операции проблемы адаптации и реабилитации. Ибо только благодаря усилиям специально подготовленного медицинского персонала, применению современных средств по уходу за колостомой человек будет в состоянии вести привычный активный образ жизни, работать, любить.

Использованная литература

1. Манихас Г. М. *Основы стоматерапии* / Г. М. Манихас [и др.]. – СПб., 2016.

2. Мухина С. А. *Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учеб. пособие* / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. – М., 2017. – 286 с.

3. Назарова Д. А. *Исследование, анализ и разработка практических рекомендаций при сестринском уходе за пациентами с кишечными стомами* // *Russian Journal of MEDICINE*. – 2017. – № 3. – С. 347–355.

4. Суханов В. Г. *Социальная реабилитация пациентов со стомой*. – М., 2006. – 183 с.

5. Correa-Marinez A. *The type of stoma matters – morbidity in patients with obstructing colorectal cancer* / A. Correa-Marinez [et al.] // *International Journal of Colorectal Disease*. – 2018. – Vol. 33, № 12. – P. 1773–1780.

6. Pittman J. *Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy* / J. Pittman [et al.] // *J. Wound Ostomy Continence Nurs*. – 2008. – V. 35, № 5. – P. 493–503.

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

Алексеев, А. Е. Примеры локальных документов по организации контроля производственных факторов на рабочих местах в организации здравоохранения / А. Е. Алексеев, Т. С. Кулинич // *Охрана труда. Здравоохранение*. – 2021. – № 1. – С. 70–76.

Анализ профессиональной заболеваемости медицинских работников и взрослого населения Беларуси / И. И. Новик [и др.] // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2021. – № 1. – С. 43–47.

Аспекты ухода за полостью носа у тяжелобольных / А. М. Морозов [и др.] // *Медицинская сестра*. – 2021. – Т. 23, № 2. – С. 38–41.

Батырова, М. Новые требования Роспотребнадзора в проверках по профилактике COVID-19. Инструкция для сестринской службы / М. Батырова // *Главная медицинская сестра*. – 2021. – № 2. – С. 30–40.

Бачило, Е. В. Оценка психического здоровья медицинских работников в период пандемии COVID-19 в России (результаты интернет-опроса) / Е. В. Бачило, Д. Е. Новиков, А. А. Ефремов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2021. – Т. 121, № 3. – С. 104–109.

Белоус, Б. Как утилизировать ртутные градусники и ввести в обращение электронные: чек-лист от главного метролога / Б. Белоус // *Главная медицинская сестра*. – 2021. – № 4. – С. 52–57.

Бершадская, М. Ошибки при выполнении инъекций, которые поставят на уши всю сестринскую службу / М. Бершадская // *Главная медицинская сестра*. – 2021. – № 5. – С. 50–59.

Блохина, М. В. Роль медицинской сестры в создании благоприятного климата во взаимоотношениях «средний медицинский работник-пациент» в отделениях соматического профиля крупной многопрофильной больницы / М. В. Блохина, О. Г. Сафина // *Медицинская сестра*. – 2020. – № 8. – С. 8–13.

Васильченко, А. С. Взаимосвязь эмоциональной регуляции со стресс-реагированием у специалистов психиатрического профиля, работающих с пациентами с COVID-19 в ситуации перепрофилирования стационара / А. С. Васильченко, В. Г. Булыгина // *Российский психиатрический журнал*. – 2020. – № 6. – С. 21–26.

Велоргометрическая проба в диагностике скрытых нарушений сердечного ритма / Ю. М. Солодяникова [и др.] // *Медицинская сестра*. – 2020. – № 8. – С. 50–53.

Вечорко, В. И. Организационно-психологические аспекты деятельности персонала инфекционного стационара для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 / В. И. Вечорко, И. С. Кицул, А. Н. Иноземцева // *Менеджер здравоохранения*. – 2021. – № 3. – С. 59–66.

Виноградова, Н. Линейка профессиональных моющих средств для эффективной безопасности больничной среды / Н. Виноградова // *Главная медицинская сестра*. – 2021. – № 3. – С. 34–40.

Волков, С. Новые правила целевого обучения: как использовать чтобы справиться с кадровым дефицитом и мотивировать подчиненных / С. Волков, М. Волкова // *Главная медицинская сестра*. – 2021. – № 2. – С. 50–65.

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



Профессор В. К. Милькаманич

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Белорусский государственный университет

С наркоманией человечество знакомо издревле, но в последние десятилетия она распространилась по всем странам мира подобно эпидемии, поражая преимущественно молодежь. Наркомания – страшное бедствие, которое вызывает тяжелые расстройства психики, разрушает организм человека и неизбежно ведет к преждевременной смерти.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в последнее время из-за употребления наркотиков ежегодно умирает приблизительно 450 тыс. человек, что почти вдвое превышает число жертв атомных бомбардировок Хиросимы и Нагасаки в 1945 г. По подсчетам экспертов, наркоман в течение своей жизни вовлекает в употребление наркотических средств от 5 до 17 человек.

Среднестатистический человек с наркотической зависимостью (аддикцией) не старше 25 лет, проживает в большом городе, в семье сравнительного достатка. Но сфера наркомании ширится, постепенно захватывая и села. Все большее пристрастие к наркотикам проявляют женщины, в том числе матери-одиночки и несовершеннолетние матери – новое явление нашей современности. Нередко к наркотикам приобщаются даже 10–12-летние дети.

Обязательное следствие наркомании – искажение семейных связей. Наркомания является тяжелой бедой не только отдельного человека, но также и его семьи. Члены семьи наркомана, как правило, сами становятся созависимыми, приспособляясь к патологической деформации в межличностных отношениях, и также нуждаются в помощи специалистов.

В Республике Беларусь наблюдается устойчивая тенденция к увеличению потребления наркотических веществ. За истекшие 15–20 лет в нашей стране общее число больных наркоманией, состоящих на учете, возросло в 30 раз. В действительности же эти цифры намного выше. До 60% населения страны в возрасте до 21 года может быть отнесено к группе риска. Особенно угрожающие масштабы приобретает наркомания среди юношества. За последние годы число школьников и студентов, употребляющих наркотики, возросло почти в 8 раз. Получили распространение «семей-

ная» наркомания и приобщение родителями малолетних детей к наркотикам.

Причины наркомании сложны, неоднозначны и тесно связаны со многими социальными факторами, формирующими личность человека.

Эксперты ВОЗ заявляют, что среди молодых людей, потребляющих наркотики, чаще всего действуют следующие мотивы:

- удовлетворение любопытства (75% всех потребителей наркотических веществ попробовали впервые их по этой причине);
- подражание (почти 1/3 подростков, впервые попробовавших наркотик или одурманивающее средство, сделали это, подражая своим авторитетам);
- веяние определенной моды.

Особое значение имеет крушение идеалов и духовно-нравственных ориентиров. Так, после падения коммунистического режима в СССР во многих странах, находившихся под его влиянием, развился духовно-нравственный кризис постсоветского общества. Он проявился в росте наркомании, преступности, агрессивности, немотивированной жестокости, пошлости, цинизма, превалировании меркантильных ценностей и т. п. Особое распространение получил гедонизм – жажда разнообразных и все более изощренных наслаждений и удовольствий.

Духовная опустошенность и потеря смысла жизни подталкивают многих людей в царство наркотических иллюзий. Наиболее криминогенными считаются лица в возрасте 19–39 лет. Отмечается нежелание получить образование, иметь постоянный источник дохода. Как правило, средствами к существованию являются иждивенчество и случайные заработки. Для них характерны самолюбование, самопрезентация перед другими в наиболее выигрышном свете, получение удовольствий посредством употребления наркотиков. Потребность в коммуникациях они определяют как возможность показать себя с «лучших сторон».

В XXI в. посредством интернета предпринимаются попытки формирования так называемого пронаркотического сознания. Основную роль

Наблюдение, реабилитация и уход

в этом играют сомнительные интернет-ресурсы, социальные сети, мессенджеры, позиционирующие безопасность наркотиков каннабисной группы (каннабис – однолетнее растение семейства коноплевых, служит сырьем для изготовления марихуаны, гашиша) и призывающие к легализации марихуаны. Информационное пространство является своего рода маркетинговой средой, позволяющей обеспечить изготовление, переработку, сбыт и приобретение наркотиков.

Наркотизация населения является причиной распространения серьезных заболеваний. Из официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных около 60% составляют люди, заразившиеся через инъекционное употребление наркотиков. До 90% наркозависимых больны гепатитом В или С. У беременных женщин вред наркомании особенно ощутим. Больше всего страдает будущий ребенок. Многочисленные патологии и пороки развития, аномалии и мутации – вот цена очередной дозы. В случае если ребенок родится здоровым, находясь в среде наркоманов, он и сам со временем становится наркоманом.

Ежегодно в результате потребления наркотиков умирают десятки тысяч людей. Среди населения Беларуси количество смертных случаев от употребления наркотиков за 15 лет увеличилось в 10–12 раз, а среди детей – в 40 раз. Смерть может наступить вследствие передозировки, приема веществ с неизвестными свойствами, несчастных случаев, присоединившихся заболеваний; нередки также самоубийства.

Наркомания ведет к грубому нарушению жизнедеятельности организма и социальной деградации. Известны два пути развития болезненного пристрастия к наркотикам.

Первый путь – злоупотребление возникает по неведению. Чаще всего это случаи неправильного приема назначенного врачом наркотического вещества. Страшась боли, неприятных ощущений, бессонницы и других тягостных симптомов заболевания, некоторые больные люди, не осознавая грозящей им опасности, увеличивают дозу и частоту приема назначенного наркотика. Они обычно убеждены, что наступившее улучшение их состояния продлится лишь при приеме лекарства и нередко обманывают врача, убеждая его, что тягостные проявления болезни у них сохраняются.

Второй путь – сознательный прием наркотиков с целью получения эффекта наркотического опьянения. К этому, как правило, склонны личности эмоционально неустойчивые, психически незрелые, несамостоятельные, склонные к раздражительным действиям, крайне эгоистичные, интересы которых ограничиваются элементарными

потребностями. Самоконтроль побуждений у таких личностей, как правило, отсутствует. Поэтому стремление к опьянению не встречает внутреннего сопротивления, наркомания развивается быстро и сопровождается употреблением все больших доз наркотических веществ. Течение болезни в этих случаях очень тяжелое и заканчивается, как правило, катастрофически.

Реакции на угрозу наркомании в разных государствах различные: от полного запрета до декриминализации. В итоге на сегодняшний день сложилось несколько моделей отношения к наркотикам в правоохранительной политике.

✓ Полный запрет на употребление в немедицинских целях любых наркотиков (эта модель преобладает в большинстве стран, включая Россию, Швецию и ряд штатов США).

✓ Полная декриминализация всех видов наркотиков (эта модель является гипотетической и не реализуется ни в одной стране мира).

✓ Частичная декриминализация (реализуется в 9 штатах США, Израиле, Австралии). При таком подходе минимизируется наказание (денежный штраф или изъятие) за хранение легких наркотиков, а также малых объемов тяжелых наркотиков.

✓ Модель поддержки (реализуется во многих штатах США, большинстве стран Европы, Австралии, Океании). Цель – снизить преступность и другие негативные последствия употребления наркотиков. В рамках данной модели оказывается поддержка тем, кто уже находится в зависимости от наркотиков. Поддержка заключается в выдаче «заместителей» наркотиков, которые, по сути, являются теми же наркотиками. Вариант этой модели – метадоновые программы (назначение метадонона взамен употребляемых инъекционных опиоидов). Так, в Республике Беларусь внедрение программ заместительной терапии метадоном начато в 2007 г., и сейчас программы замещения охватывают все регионы страны.

✓ Модель снижения вреда (применяется в Голландии, Швейцарии, Англии, Австралии и других странах). Сторонники этой модели считают, что разные наркотики требуют к себе разного отношения как на моральном, так и на юридическом уровне. Модель реализуется за счет таких мер, как обмен или раздача шприцев, организация программ метадоновой поддержки, создание пунктов для инъекционного употребления наркотиков и др.

Первая модель является самой жесткой и направлена на снижение потребления. Она делает акцент на аморальности употребления наркотиков. Другие модели являются более мягкими и делают акцент на законодательном регулировании употребления наркотиков.

Наркотики и наркотическая зависимость

Согласно определению ВОЗ наркотик в широком смысле – это «химическое вещество или смесь веществ, отличных от необходимых для нормальной жизнедеятельности (подобно пище), прием которых влечет за собой изменение функционирования организма и, возможно, его структуры».

Длительное применение наркотиков вызывает психическую и по отношению к большинству из них физическую зависимость. Число веществ, относящихся к этой группе, постоянно увеличивается за счет появления все новых и новых ощущений, вызываемых наркотиками. Формируются три группы факторов:

- фармакологические факторы, к ним относятся химические свойства вещества, доза, способ приема;
- биологические факторы – физиологические особенности человека, принимающего наркотик, его наследственность, пол, возраст;
- психологические знания о наркотиках, отношение к ним, готовность испытать определенные ощущения; обстоятельства, в которых употребляется наркотик (например, в одиночестве или в компании).

Использование наркотика в присутствии других людей ведет к иным ощущениям, нежели в одиночестве. Например, курящие марихуану в компании испытывают более сильные ощущения, чем те, кто занимается этим в одиночестве.

Умудренный опытом курильщик марихуаны обучает начинающего испытывать особые переживания, нюансы которых трудно уловить тем, кто не знает, на чем нужно фиксировать внимание.

Наркотики преимущественно возбуждают человека, хотя некоторые из них, например опиаты, вызывают как возбуждение, так и расслабление. По-видимому, возбуждающее действие является более востребованным теми, кто стремится изменить свое состояние с помощью химических препаратов.

Большую часть дозы наркотика получают активно работающие органы (сердце, печень, мозг и почки), требующие много крови и потому в большем количестве абсорбирующие любое вещество. Чем лучше наркотик растворяется в жирах, тем легче он достигает мозга, оболочки клеток которого включают липидный слой, плохо пропускающий другие вещества.

Выделяют три стадии развития наркомании.

Первая стадия характеризуется развитием психической зависимости и нарастанием толерантности к наркотику – они развиваются уже после первого употребления.

Вторая стадия начинается спустя 1–2 месяца с возникновения физической зависимости (появление

абстинентного синдрома) и исчезновения приятного ощущения от приема наркотика.

Третья стадия развивается после 6 месяцев регулярного употребления наркотиков. Возникают разнообразные осложнения в виде нарушений работы сердца, почек, печени и т. д., обусловленные включением наркотика в метаболизм организма, способом их употребления и передозировкой.

Последствия от передозировки зависят от организма. Это могут быть мышечная слабость, потеря веса, нарушение работы печени и почек, серьезное повреждение головного мозга и нервной системы, проблемы с памятью, снижение способности мыслить, развитие заболеваний дыхательной системы, медленный и нарушенный ритм сердцебиения, низкая температура тела, глубокий сон, ступор (обездвиженность), кома и смерть.

Приведем несколько характерных признаков того, что человек употребляет наркотики.

✓ Замедленная, растянутая речь или нехарактерная для человека немногословность. Морфин, кодеин и прочие наркотические анальгетики вызывают сильное торможение деятельности центральной нервной системы и существенно снижают когнитивные способности.

✓ Чрезмерная активность и разговорчивость. Кокаин, метамфетамин, первитин и прочие психостимуляторы вызывают прилив сил и ощущение эйфории за счет возбуждающего действия на нервную систему.

✓ Нестабильное психическое состояние. После окончания действия наркотических и стимулирующих веществ у человека наступает апатия, зачастую перерастающая в депрессию. Поэтому периоды эйфории у наркозависимых постоянно сменяются угнетенным душевным состоянием. Во многом такие перепады настроения напоминают маниакально-депрессивный психоз.

✓ Нарушенная координация движений – еще один результат угнетения деятельности центральной нервной системы.

✓ Покрасневшие глаза, жажда, повышенный аппетит и смешливость. Подобные проявления наблюдаются у любителей марихуаны. С медицинской точки зрения ее главный компонент тетрагидроканнабинол не является наркотиком. Вопреки популярному мифу, конопля не вызывает болезненного пристрастия, сопровождаемого абстинентным синдромом. Однако именно после марихуаны молодые люди в поисках более сильных ощущений часто переходят на тяжелые наркотики.

✓ Неестественно расширенные или суженные зрачки глаз. В зависимости от специфики воздействия на вегетативную нервную систему наркотики могут увеличивать или уменьшать размер

Наблюдение, реабилитация и уход

зрачка человека. Психостимуляторы и галлюциногенные препараты вызывают их расширение, а производные опиоя – сужение.

✓ **Постоянные почесывания.** Опиаты вызывают легкий кожный зуд.

✓ **Раздражительность.** Наркотические вещества обладают неприятным побочным эффектом – они ухудшают сон. Поэтому у наркозависимых из-за регулярного недосыпа почти всегда отмечается нервозность.

✓ **Следы от уколов, порезы, синяки.** У наркоманов со стажем длинные рукава одежды независимо от погоды.

Психическая зависимость обнаруживается в болезненном стремлении человека вновь и вновь применять наркотический препарат для вызывания приятного эмоционального состояния. Формирование психической зависимости основывается на осознанной и неосознанной фиксации воздействия нужного вещества, вызвавшего изменение психического состояния. Это изменение запечатлевается, и через определенное время возникает желание повторить уже достигнутый эффект, связанный с субъективно приятным эмоциональным переживанием, изменением восприятия, мышления и сознания. Возникает ощущение возможности контролировать свое психическое состояние, в любое время избавляться от необходимости думать о неприятных вещах, решать насущные проблемы, избегать скуки.

Физическую зависимость можно определить как адаптивное состояние, которое обнаруживается в интенсивных физиологических и биохимических нарушениях, связанных с исчезновением наркотика из организма в результате метаболизма, и называется абстинентным синдромом, или ломкой. Наркоман подвергается ломке при прекращении приема наркотика. Этот абстинентный синдром первоначально противоположен по действию наркотику. Например, если героин вызывает эйфорию, то его отсутствие вызывает дисфорию – чувство тревоги; героин вызывает расслабление, а его отсутствие приводит к резкой активации.

Психическая и физическая зависимости формируются параллельно, однако не устраняются одновременно. Если врачам удастся достаточно эффективно и быстро снять конкретное проявление физической зависимости, то разрыв связи между определенным состоянием и соответствующим поведением происходит крайне медленно и легко восстанавливается при стрессе.

Известны ситуации, когда наркоман, освобожденный от героиновой зависимости, обнаруживал на руках вновь появившиеся вены (которые исчезают в процессе употребления наркотика) и радостно говорил: «Ну, можно снова колоться!»

Для наркотиков характерным является привыкание, при котором каждая новая доза препарата вызывает все меньший эйфорический эффект, на достижение которого направлено поведение наркомана. Подобное изменение реакций организма на наркотик называется *толерантностью*. Ее нарастание обуславливает то, что для достижения требуемых ощущений наркоману необходима все большая доза. Таким образом, наркоманы с длительным стажем не столько стремятся к получению удовольствия, сколько пытаются вырваться из тисков абстинентного синдрома.

Деление наркотиков на группы весьма условно, так как степень их воздействия зависит от способа приготовления из первоначального сырья и метода употребления (курение, вдыхание или инъекции). Насчитывается свыше 200 лекарственных средств, применение которых может способствовать формированию у пациентов болезненного влечения к ним.

Большинство наркотиков воздействует на метаболизм медиаторов, меняя их синтез, транспортировку к месту действия, процесс накопления в везикулах, выделение, обратное всасывание, скорость инактивации ферментом, чувствительность к рецепторам или их число. Кроме воздействия на конкретные медиаторы, все наркотики в той или иной мере влияют на дофаминергическую систему подкрепления.

Опийная наркомания возникает в результате длительного употребления природных или синтетических опиатов. Опиаты – производные опиума (вещества, впервые полученного из опийного мака). К природным опиатам относятся наркотики, получаемые из плодов мака снотворного (*Papaver somniferum*), содержащего 20 алкалоидов и дериватов опиоя (морфин, героин, кодеин, тебаин и др.). Из полностью синтетических опиатов используются мепередин, метадон, пропоксифен. В настоящее время наиболее широко употребляемыми опиатами являются героин, отвар маковой соломки, опий-сырец.

Рецепторы, имеющие сродство к опиатам, были открыты лишь в 1974 г. Сейчас описано несколько видов опиатных рецепторов. Стимуляция опиатных рецепторов ведет к активации нескольких нейронных систем, имеющих разные функции. Одни вызывают анальгезию, другие – гипотермию, третьи подавляют видоспецифические защитные ответы (например, затаивание), четвертые стимулируют систему подкрепления. Именно последний тип рецепторов объясняет формирование зависимости от опиатов.

Наркомания вследствие употребления каннабиноидов возникает в результате злоупотребления различными сортами конопли. Действующим началом является содержащийся в экстракте конопли

ароматический альдегид каннабинол, концентрация которого играет основную роль в картине наркотического опьянения. Наркотическими продуктами переработки конопли являются марихуана, гашиш (смола из конопли), гашишное масло (экстракт каннабиса, коричневая маслянистая жидкость), бханг (водный настой из высушенных частей растения), синсемилья (соцветия и верхушечные листья женских растений культурной конопли, которые сушат и затем курят) и др.

Первый европеец, закуривший марихуану, спутник Колумба, Родриго де Херес, по прибытии в Испанию был заключен в тюрьму, поскольку наблюдатели решили, что в него вселился дьявол.

Наркомания и токсикомания вследствие употребления седативных и снотворных веществ – производных барбитуровой кислоты (барбитал, фенобарбитал и др.), реладорма, транквилизаторов (феназепам, реланиум, элениум и др.).

Наркомания вследствие злоупотребления кокаином – природным веществом, получаемым из кустарника коки (*Erythroxylum coca*). Используются листья коки, кокаиновая паста (сырой кокаин), концентрированный кокаин гидрохлорид (чистый кокаин), специальным образом обработанные кристаллы алкалоида кокаина (крэк – обозначение, используемое в быту). Особенность употребления кокаина (вдыхание через нос) обеспечивает один из самых быстрых способов активации системы подкрепления. Его действие вызывает эйфорию, активность, болтливость. Наркоманов привлекают прилив сил и бодрость после вдыхания препарата.

Наркомания вследствие употребления других психостимуляторов – природных и синтетических веществ, к которым относятся амфетамин (фенамин), метамфетамины (первитин), эфедрон (меткатинон), метилен диоксиметиламфетамин (МДМА-1, экстази – обозначение стимуляторов амфетаминового ряда, используемое в быту) и др.

Амфетамин действует как агонист моноаминов, блокируя обратное всасывание дофамина и норадреналина. Амфетамин, кроме этого, непосредственно стимулирует выброс дофамина из депо. Его влияние на уровень норадреналина обеспечивает антидепрессивное воздействие. Число людей, испытывающих депрессию, постоянно увеличивается, что делает этот наркотик особенно опасным.

Наркомания вследствие употребления галлюциногенов – природных и синтетических веществ, к которым относятся диэтиламин лизергиновая кислота (ЛСД), фенциклидин (РСР), псилоцин, псилоцибин (грибы рода *Psilocybe*), мескалин (кактус вида пейот).

Полинаркомания возникает вследствие сочетанного злоупотребления двумя и более нарко-

тиками и другими психоактивными веществами. Возможны различные комбинации и последовательность применения наркотических средств.

Основные медико-социальные аспекты борьбы с наркотической зависимостью

Зависимость от наркотических веществ в течение многих лет рассматривается как сочетанная патология биологической, психической, социальной и духовной сфер жизни человека. Поэтому и биопсихосоциодуховный подход к проблеме наркотической аддикции является главенствующим.

Наиболее эффективными с точки зрения практической помощи наркозависимым людям повсеместно признаны программа «12 шагов», Миннесотская модель и модель терапевтического сообщества.

Программа «12 шагов» появилась в 1935 г. в США. Ее создатели основали сообщество под названием «Анонимные алкоголики». Были разработаны принципы индивидуального выздоровления, выразившиеся в программе «12 шагов». Первоначальная цель – помочь алкоголикам перестать пить. Эти принципы также начали использовать родственники и друзья алкоголиков, создав сообщество «Ал-Анон», а в конце 1950-х гг. возникло сообщество «Анонимные наркоманы». Члены этого сообщества в качестве идеологической основы взяли программу «12 шагов». На сегодняшний день существует множество различных сообществ, использующих эту программу в качестве основы для решения различных проблем («Анонимные курильщики», «Анонимные эмоционалы», родственники наркоманов «Нар-Анон» и т. д.).

Миннесотская модель начала формироваться в США в штате Миннесота в конце 1940-х гг. – время, когда ситуация с употреблением алкоголя и наркотиков в стране стала критической. В рамках данной модели была предпринята попытка объединить программу «12 шагов» и достижения психологии, психиатрии, социологии и других наук. В этой модели основное внимание уделяется попечению и поддержке больного человека, а не лечению в традиционном понимании. Она также характеризуется индивидуальным подходом к нему, вовлечением в процесс выздоровления всей семьи и привлечением специалистов из числа «выздоровливающих», так называемых консультантов по химической зависимости.

Терапевтическое сообщество впервые сформировалось в двух различных местах Великобритании во время Второй мировой войны. Десятилетием позже появились терапевтические сообщества, созданные «бывшими» наркозависимыми людьми для потребителей наркотиков. Сегодня терапевти-

Наблюдение, реабилитация и уход

ческие сообщества – это сложные структуры помощи зависимым людям, которые могут предоставить множество разнообразных услуг.

По мнению многих специалистов в области реабилитации, этот подход является наиболее эффективной моделью оказания медицинской, психологической и социальной помощи наркозависимым людям.

Основные цели терапевтических сообществ следуют из довольно простой предпосылки: группа, находящаяся какое-то время вместе, является своего рода моделью общественной действительности, дающей всем ее членам единовременные возможности модернизации, нормализации и изменения обычного неадаптивного поведения, решения индивидуальных и групповых проблем.

Для терапевтического сообщества характерны неформальная обстановка и отсутствие внешних отличий воспитанников и сотрудников, самоуправляемость и самообеспечение (может осуществляться в разных объемах), а также вовлечение в процесс терапии самих воспитанников в качестве вспомогательных терапевтов.

Сегодня терапевтические сообщества расширяют свои программы различными дополнениями: службами помощи семьям, сервисами для ВИЧ-положительных воспитанников, тренингами по профилактике срыва, психиатрическими отделениями и др.

Широко используется опыт реабилитации наркоманов в специализированных учреждениях, удаленных от центра городской жизни или расположенных в сельской местности. Здесь наркозависимые проживают, как правило, в общине и получают различные виды психотерапевтической помощи и духовного наставничества в течение многих месяцев. Оптимальные сроки прохождения реабилитации – не менее 12 месяцев с последующим участием в амбулаторной программе. Оптимальное количество реабилитантов в таком центре составляет 10–12 человек. При 15 клиентах и более управление центром уже становится проблематичным. Установлено, что амбулаторное применение медицинских и терапевтических процедур для этих пациентов гораздо менее эффективно, чем те же самые процедуры, применяемые в терапевтическом сообществе.

Формально терапевтические сообщества функционируют как центры реабилитации или как реабилитационно-реадаптационные отделения. Их обслуживают терапевтические команды, состоящие, как правило, из профессионалов (психологов, педагогов, социальных работников, терапевтов, проводящих занятия, инструкторов) и неофитов (трезвых наркоманов, удачно завершивших процесс терапии).

В Республике Беларусь активно реализуются следующие взаимосвязанные аспекты борьбы с наркотической зависимостью:

- профилактика наркомании;
- детоксикация наркозависимых людей;
- реабилитация;
- ресоциализация.

Под *профилактикой наркомании* понимается комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин, способствующих распространению и употреблению психоактивных веществ, предупреждению развития наркозависимости. Главным объектом целенаправленного профилактического воздействия являются контингенты детей и подростков как в целом, так и те составляющие их группы, в которых риск приобщения к приему наркотиков особенно велик. Это дети и молодые люди, которые:

- растут в неблагополучных, дисфункциональных семьях;
- воспитываются в семьях с наличием лиц, злоупотребляющих алкоголем либо больных алкоголизмом или наркоманией;
- отягощены в органическом, личностном, поведенческом плане, в том числе интеллектуально недостаточные в своевременном личностном и социальном развитии.

Основные направления работы по профилактике наркомании среди детей и молодежи:

- обучение и просвещение учащихся;
- подготовка и переподготовка педагогических кадров;
- информационное просвещение родительской общественности.

Работа с такими группами риска ведется в учебных заведениях, специализированных учреждениях и т. д. В учреждениях образования обеспечиваются:

- проведение мероприятий, направленных на принятие эффективных мер по противодействию незаконному обороту наркотиков, профилактике их потребления, в том числе среди детей и молодежи;
- выполнение комплекса мер по поддержанию дисциплины и правопорядка в учреждении образования, профилактике противоправного поведения и негативных явлений в молодежной среде, формированию правовой культуры учащихся;
- психосоциальное анкетирование и медицинские осмотры учащихся и студентов на предмет употребления алкоголя, наркотических веществ, психотропных веществ и их аналогов в порядке, утвержденном Министерством образования и Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

- организация постоянно действующих семинаров для руководителей и специалистов учреждения образования по тактике выявления обучающихся, находящихся в состоянии наркотического опьянения, потребляющих алкогольные напитки, наркотические и психотропные вещества и их аналоги.

Обеспечивается временная трудовая занятость обучающихся как в индивидуальной форме, так и в составе трудовых бригад, студенческих отрядов. Первоочередным правом трудоустройства пользуются учащиеся, в отношении которых проводится индивидуальная профилактическая работа либо находящиеся в социально опасном положении.

В основе профилактических мер лежит принцип предоставления подросткам и детям альтернатив наркотикам. Так, в качестве замены психотропных веществ успешно выступают всевозможные творческие кружки и спортивные секции.

Следует иметь в виду, что в процессе работы по просвещению населения о вреде и опасности наркотиков запрещается:

- запугивать человека (экспериментально доказано, что подобная тактика неэффективна);
- заниматься намеренным искажением относительно реального действия наркотических веществ и последствий, которые возникают в результате их приема;
- предоставлять ложную информацию любого характера (при выявлении факта лжи в дальнейшем у подростка будет сформировано недоверие на психологическом уровне);
- оправдывать употребление наркотиков и романтизировать образ наркомана.

Стоит учесть, что помимо этого необходимы и другие методы профилактики, без которых комплекс работ не будет полноценно функционировать. Сюда можно отнести так называемые телефоны доверия – специальные службы, сотрудники которых могут оказать психологическую поддержку людям с зависимостью, объяснить, что может быть с теми, кто распространяет вредные вещества, помочь людям, оказавшимся в сложной ситуации. Звонящие на горячую линию могут узнать у экспертов, что их интересует по теме химической зависимости, и получить исчерпывающую информацию о лечебно-реабилитационных заведениях.

Детоксикация наркозависимых людей направлена на выведение из наркотического запоя и снятие абстиненции и постабстинентных расстройств.

Без устранения явлений, вызванных наркотической интоксикацией, избавление от зависимости представляется крайне затруднительным. Прямым показанием к детоксикации является сам факт употребления наркотических веществ, даже если оно носит эпизодический характер.

Правильно составленная программа детоксикации восстанавливает все естественные функции систем органов, благодаря чему организм может в дальнейшем функционировать без помощи наркотиков и попросту перестает в них нуждаться.

Способы очистки крови у наркозависимых могут варьироваться в зависимости от стадии абстиненции и общего состояния. Приведем наиболее распространенные варианты.

✓ **Форсированный диурез.** Пациенту вводят внутривенно через капельницу изотонический раствор хлорида натрия или обычную глюкозу. После этого за счет диуретиков достигается мочегонный эффект, что помогает быстро вывести из организма наркотические вещества и продукты их распада. Метод используется с осторожностью у лиц, страдающих хроническими заболеваниями почек и сердца.

✓ **Энтеросорбция.** Этот метод наиболее эффективен в том случае, если наркотические препараты пациент принимал перорально, в результате чего токсическому действию подверглась пищеварительная система. С целью выведения токсических веществ осуществляется промывание пищеварительного тракта либо посредством введения жидкости через зонд, либо через клизмы. Затем необходимо принять сорбент (лигандин или энтеросгель). В тяжелых случаях, когда необходимо оказать помощь наркозависимому пациенту со стажем, а также при сильной передозировке целесообразно использование аппаратных процедур очистки крови. Их также называют экстракорпоральными (проводимыми вне тела).

✓ **Плазмаферез.** Кровь пациента (примерно 20% от общей циркулирующей массы) выкачивается через вену и прогоняется по кровопроводящей системе через аппарат, где форменные кровяные элементы отделяются от плазмы. Затем очищенную кровь закачивают обратно. Процедура длится 40–60 мин.

✓ **Гемосорбция.** После забора крови из вены ее фильтруют в специальной емкости, заполненной сорбентом (чаще всего это активированный уголь).

Средняя продолжительность очистки организма от наркотиков и продуктов их распада составляет от 3 до 7 дней.

В процессе детоксикации вводятся питательные и общеукрепляющие препараты. Используется раствор глюкозы, частично добавляются диуретики. Обязательно принимают медикаменты, которые улучшают работу дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Минералы и витамины назначаются в повышенных дозировках, чтобы стимулировать работу центральной нервной системы. Для этой цели используются цинк, аскорбиновая кислота, витамины группы В.

Наблюдение, реабилитация и уход

Когда человека вывели из состояния опьянения и абстиненции, он, не умея жить трезвой жизнью, возвращается к употреблению наркотического вещества. Поэтому после проведенной детоксикации подопечного обязательно включают в реабилитационные программы.

Реабилитацией наркозависимых людей является совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление (или формирование) их личностного и социального статуса на основе раскрытия и развития интеллектуального, эмоционального, нравственного и творческого потенциала.

Особо важными считаются методы, способные коренным образом изменять образ жизни пациента за счет глубокого осознания, принятия новых решений о своей жизни и отработки новых жизненных моделей. Среди этих методов должны быть и те, которые позволяют преодолеть так называемую резистентность наркологических больных, создать у них внутреннюю мотивацию на изменение и новую внутреннюю картину мира.

В процессе реабилитации срыв или рецидив не означает для подопечного очередного подтверждения свой никчемности, слабости, но есть источник ценного опыта, анализ которого позволит двигаться дальше и вырваться из оков зависимости.

В наркологии реабилитация неотделима от медикаментозного и физиотерапевтического воздействия, так как она начинается с первых контактов наркозависимого больного человека с медицинским персоналом.

Первый этап реабилитации – адаптационный – направлен на приспособление больных наркоманией к условиям содержания и распорядку работы реабилитационного стационара или амбулатории. Мероприятия на данном этапе имеют преимущественно медико-психологическую направленность. Осуществляются консультирование и обследование больных врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, социальным работником, а также проводятся противорецидивные мероприятия, формируется (усиливается) мотивация больного к участию в реабилитационном процессе. Наряду с этим проводится психотерапевтическая работа с родственниками. Координатор этапа – врач психиатр-нарколог.

Второй этап реабилитации – интеграционный – представляет собой вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты. Формируются устойчивые группы больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебной, стре-

мящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и пр. Продолжается психотерапевтическая работа с членами семьи и близкими людьми наркозависимого человека. Координаторы этапа – врач-психиатр-нарколог и/или психолог.

Третий этап реабилитации – стабилизационный – направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного. Акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели – восстановление, коррекция или формирование нормативных личностных и социальных качеств больных, возвращение их в семью и общество. Увеличивается объем физического и интеллектуального труда, стимулируется профессиональная ориентация, больные люди вовлекаются в работу по само- и взаимопомощи в различных сообществах. Оказывается психологическая поддержка семьям. Одновременно проводятся терапевтические мероприятия, направленные на лечение поражений печени, сердца и других органов в зависимости от существующей у больного симптоматики. Координаторы этапа – психолог и/или специалист по социальной работе.

Перечисленные этапы реабилитации целесообразно реализовывать без перерыва, что позволяет добиться преемственности и высокой эффективности реабилитационного процесса. Сроки реализации реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и скорости адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара.

В случае возобновления приема наркотиков на любом из реабилитационных этапов, то есть при наступлении рецидива заболевания, наркозависимый человек направляется в наркологическое отделение (стационар) с целью проведения детоксикационной терапии, подавления патологического влечения к наркотикам и проведения необходимой психологической коррекции.

Ресоциализация (возвращение в общество). После того как наркомания как причина исключения человека из жизни общества побеждена, возникает потребность в ресоциализации. Она нацелена на восстановление утраченного и приобретение новых норм поведения, здорового общения и радости жизни без наркотиков.

Возвращаясь в привычное общество после прохождения терапии в клинике, которая была направлена на снятие ломки, люди сталкиваются с новыми проблемами. Многим тяжело найти работу, восстановить взаимоотношения с родными и близкими. Адаптация к новому рабочему месту тоже может стать причиной дополнительного стресса. Мир кажется враждебным, поэтому выздоров-

вевший человек нередко испытывает желание вернуться к прежней нездоровой привычке.

В ходе ресоциализации наркозависимым людям предстоит пройти следующие этапы.

1. Переход от общения с ограниченным количеством людей к жизни в социуме, повседневным, бытовым контактам с окружающим миром. Для лиц, утративших базовые коммуникативные навыки, этот момент зачастую становится невероятно сложным. Даже простые попытки обратиться за восстановлением документов или покупка продуктов в магазине оказываются сродни испытанию.

2. Восстановление взаимоотношений с членами семьи. В этом случае речь нередко идет о созависимости, в которой помощь психологов требуется всем, кто оказывается в тесном эмоциональном контакте со злоупотребляющими психоактивными веществами людьми.

3. Улучшение качества жизни. Восстановление прежних профессиональных навыков или переобучение. В рамках индивидуальных программ реабилитации проходит приобщение людей с зависимостью к занятиям спортом, у них появляются увлечения, новый, более благополучный и дающий необходимую поддержку круг общения.

4. Поиск средств и способов, дающих выход негативным эмоциям без наркотиков. И групповая, и индивидуальная психологическая работа в этом случае позволяют контролировать эмоциональное состояние, учат самодисциплине, вместо попыток побега от проблем реальной жизни.

5. Применение на практике всех полученных знаний о болезни, предотвращении возможных рецидивов. Перед переходом на амбулаторную реабилитацию пациент проходит большой путь и обретает реальную почву, и в дальнейшем вести здоровый, трезвый образ жизни без дополнительных стимуляторов.

Ресоциализация прорабатывается вместе с опытными психологами и специалистами, которые работают в нескольких направлениях.

✓ Преодоление жизненных трудностей. В этом русле проходит обучение подопечных по выработке умений выходить достойно из любых ситуаций, их учат, где искать решение проблемы.

✓ Живая коммуникация. Возвращение способностей найти общие интересы, следить за своим поведением и контролировать эмоции, уважать мнение других и аргументировать свое.

✓ Подготовка к возвращению в профессиональную среду. После реабилитации людям важно найти новую работу. А чтобы ее не потерять, надо возобновить знания и умения, а также навыки общения в трудовом коллективе.

✓ Выработка желания вести здоровый образ жизни, нравиться окружающим, чувствовать себя нужным.

✓ Умение ставить перед собой задачи, добиваться их результативности и получать удовольствие от собственных успехов.

Наркозависимым людям помогают избавиться от негативных установок и стереотипов. Пациент начинает понимать, какой вред несет употребление наркотиков и чем это чревато, а также осознает, какое горе переживают его близкие и родные.

Важной частью ресоциализации наркозависимых является восстановление отношений с близкими людьми при помощи решения конфликтных ситуаций, выстраивания личных границ, снятия всех претензий.

После проведенной ресоциализации наркозависимый человек отказывается от старых стереотипов поведения и учится жить в обществе заново: эффективно, без вредных привычек и сильных стрессов.

Использованная литература

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

2. Давыдова Е. Н. Психологическая коррекция установок наркозависимых в процессе длительной реабилитации в условиях специализированного центра / Е. Н. Давыдова, Ф. Б. Плоткин // Диалог. – 2018. – № 1. – С. 31–42.

3. Игумен Мефодий (Кондратьев). Методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине / Игумен Мефодий (Кондратьев) [и др.]. – М., 2012. – 152 с.

4. Технология постреабилитационного сопровождения лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества, в процессе ресоциализации: учеб.-метод. пособие / авт.-сост.: Е. Г. Чумак [и др.]. – Сургут, 2016. – 68 с.

5. Ясенович Т. Е. Наркомания как социально-педагогическая проблема // Саціяльна-педагагічная работа. – 2007. – № 1. – С. 33–38.



Кандидат медицинских наук Л. Э. Кузнецова

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Белорусский государственный медицинский колледж

ВИЧ – длительно протекающее инфекционное заболевание, которое развивается в результате инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризующееся длительным течением, поражением иммунной и нервной систем, последующим развитием на этом фоне оппортунистических инфекций, новообразований, приводящих инфицированных ВИЧ к летальному исходу.

СПИД – терминальная стадия ВИЧ-инфекции, наступающая в большинстве случаев через длительный период от момента заражения вирусом.

ВИЧ относится к семейству ретровирусов, имеет шаровидную форму. Высокочувствителен к нагреванию. При температуре 100 °С вирус погибает в течение 1 мин. Хлорсодержащие дезинфектанты инактивируют в течение 10 мин.

История эпидемии ВИЧ/СПИДа

- 1979 г. – в Нью-Йорке и Лос-Анджелесе отмечены необычные иммунные нарушения у ряда пациентов: мужчин-гомосексуалистов (генитальный герпес, рак кровеносных сосудов, пневмоцистная пневмония);

- 1983 г. – группа под руководством доктора Л. Монтанье в Париже в институте им. Пастера выделила Т-клеточный лимфотропный вирус (LAV);

- 1984 г. – в США группа под руководством доктора Р. Гало в Национальном институте здравоохранения выделила вирус, названный Т-лимфотропным вирусом человека, который оказался полностью идентичен выделенному во Франции; было принято обозначение ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, который вызывает СПИД;

- 1985 г. – в СССР выявлены первые случаи СПИДа у иностранных студентов;

1 декабря объявлено Всемирным днем борьбы со СПИДом.

Источником заболевания всегда является больной человек.

Пути передачи: парентеральный (через кровь), половой, вертикальный (от матери к ребенку: во время беременности, родов, кормления грудью).

Жидкости организма, содержащие ВИЧ: кровь, семенная жидкость, вагинальный секрет, грудное молоко.

Жидкости с низкой концентрацией вируса: моча, слюна, слезы, пот, фекалии, ушная сера.

Вероятность передачи заболевания при однократном контакте:

- 90–100% – при переливании крови или ее компонентов, зараженных ВИЧ;

- 50% – от ВИЧ-инфицированной матери новорожденному (при естественных родах, кормлении грудью);

- 30% – при употреблении наркотиков одним нестерильным шприцем вместе с ВИЧ-инфицированным;

- 3% – при анальном сексе без презерватива;

- 1% – от ВИЧ-инфицированной матери новорожденному, если мать проводит профилактические мероприятия;

- 0,1–0,2% – при вагинальном контакте, когда ВИЧ-инфицированный – мужчина;

- 0,05–0,1% – при вагинальном контакте, когда ВИЧ-инфицированный – женщина.

Факторы, влияющие на перинатальный путь передачи вируса от матери ребенку:

- материнские – наличие гепатита В и С, бактериального вагиноза или инфекции, передающейся половым путем (ИППП), отсутствие возможности принимать антиретровирусную терапию во время беременности;

- акушерские – длительный безводный промежуток, хориоамнионит, вагинальные роды, инвазивные действия во время родов;

- плодовые – недоношенность.

Риск передачи вируса от матери ребенку удается снизить до 2% и менее благодаря эффективной антиретровирусной терапии, родоразрешению путем кесарева сечения, кормлению ребенка молочными смесями вместо кормления грудью.

Риск заражения при контакте с поврежденной кожей (инъекция, порез, другое повреждение) составляет 0,32%; при контакте со слизистой оболочкой (рта или глаза) – 0,09%.

Выделяют следующие периоды ВИЧ-инфекции:

- период инфицирования – с момента опасного воздействия, но достоверный диагноз может быть

поставлен только по результатам тестирования на ВИЧ, может продолжаться около 6 месяцев; в это время риск может быть в 100–1000 раз выше, чем в «бессимптомном периоде»;

- период выработки антител («период окна»), или период «сероконверсии», – промежуток между инфицированием и производством достаточного для обнаружения количества антител; в среднем длится 25 дней;

- инкубационный период – время от момента инфицирования до момента появления острой ВИЧ-инфекции, проявляющейся клиническими симптомами.

В течении инфекции можно выделить несколько стадий, плавно переходящих одна в другую:

- I стадия – острая инфекция, проявляется чаще всего между 6-й и 12-й неделями после инфицирования;
- II стадия – бессимптомная инфекция – вирусносительство;
- III стадия – персистирующая генерализованная лимфаденопатия;
- IV стадия – СПИД.

Лабораторные тесты для диагностики ВИЧ можно разделить на:

- не прямые – устанавливают наличие в организме не самого вируса, а антител к нему;
- прямые – устанавливают наличие в организме определенных белков, составляющих неотъемлемую часть вируса, таких как белки вирусной оболочки или вирусной РНК.

Первая группа тестов – серологические.

✓ Иммуноферментный анализ (ИФА): определение антител к ВИЧ, определение р24-антигена. Положительный результат, говорит о том, что в данной пробе обнаружены антитела к ВИЧ, отрицательный результат – о том, что в данной пробе не обнаружены антитела к ВИЧ.

✓ Иммуноблот (ИБ) – определение антител к белкам ВИЧ. Отрицательный результат говорит о том, что антитела к ВИЧ не найдены (если после положительного ИФА тест ИБ показывает отрицательный результат, это значит, что ИФА был ложноположительным). Положительный результат говорит о том, что в пробе крови присутствуют специфические антитела к ВИЧ (gp 120, gp160, gp41, p24), то есть человек, сдавший кровь, ВИЧ-инфицирован.

Вторая группа тестов – молекулярные (полимеразная цепная реакция – ПЦР). С их помощью определяют качественное и количественное содержание РНК- и ДНК-вируса, устойчивость ВИЧ к различным лекарственным препаратам.

Принципы терапии

Антиретровирусная терапия:

- снижение вирусной нагрузки;
- восстановление иммунитета;

- повышение качества жизни;
- лечебное воздействие.

Существуют следующие группы препаратов:

- нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы – аналоги нуклеозидов («подложный строительный материал»), нуждаются в активации внутри клеток;
- ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы – неконкурентные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ;
- ингибиторы протеазы (ИП) – ингибирование протеазы ВИЧ.

Профилактика ВИЧ-инфекции является общегосударственной задачей.

Постконтактная профилактика предусматривает проведение обработки частей тела, одежды и т. д.

Если контакт кожи с кровью или другими жидкостями произошел с нарушением целостности кожных покровов (укол, порез), необходимо:

- снять перчатки рабочей поверхностью внутрь;
- выдавить кровь из раны;
- обработать поврежденное место одним из дезинфектантов (70%-м спиртом, перекисью водорода, 3%-м раствором хлорамина и др.);
- вымыть руки под проточной водой с мылом, а затем протереть 70%-м спиртом;
- наложить на рану пластырь, надеть напальчник;
- при необходимости продолжить работу, надеть новые перчатки.

В случае загрязнения кровью или другой биожидкостью без повреждения кожи необходимо:

- обработать кожу одним из дезинфектантов (70%-м спиртом, перекисью водорода, 3%-м раствором хлорамина и др.);
- вымыть обработанное место водой с мылом и повторно обработать спиртом.

Любая кровь на коже, даже если кожа не была повреждена, должна быть тщательно смыта водой с мылом.

При попадании биоматериала на слизистые оболочки следует:

- прополоскать полость рта 70%-м спиртом;
- закапать в полость носа 20–30%-й раствор альбумида;
- после контакта с глазами промыть их водой (чистыми руками), закапать 20–30%-й раствор альбумида.

При попадании биоматериала на халат, одежду, обувь нужно:

- продезинфицировать перчатки перед снятием одежды;
- при незначительных загрязнениях биологической жидкостью одежду снять, поместить в полиэтиленовый пакет и направить в прачечную без предварительной обработки, дезинфекции;

Трибуна преподавателя

- при значительном загрязнении одежду замочить в одном из антисептиков (кроме 6%-го раствора перекиси водорода и нейтрального гидрохлорида);
- постирать личную одежду, загрязненную биологической жидкостью, в горячей воде с моющим средством;
- кожу рук и других участков тела под местом, где загрязнена одежда, протереть 70%-м спиртом, затем промыть с мылом и повторно обработать спиртом;
- дважды протереть загрязненную обувь ветошью, смоченной в растворе одного из антисептиков.

Все случаи аварийных ситуаций регистрируются в журнал учета аварий.

В учреждениях скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерских пунктах, здравпунктах и других местах для оказания экстренной медицинской помощи при аварийной ситуации, сопровождающейся нарушением целостности кожных покровов, попаданием биологического материала на слизистые оболочки на рабочем месте должна быть аптечка для экстренной медицинской помощи. Кроме того, предусматриваются комплекты защитной одежды на число медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь (хирургический халат, маска, защитные очки или экран, фартук, нарукавники, пластиковый мешок для забора загрязненной одежды).

Распространение ВИЧ может быть существенно ограничено при выполнении принципов здорового образа жизни. Просвещение населения по проблеме ВИЧ/СПИДа является одной из важнейших мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Комплексная профилактика ВИЧ включает:

- распространение объективной информации о состоянии ВИЧ-инфицированности и заболеваемости СПИДом населения, о возможности заражения при определенном образе поведения;
- информирование о путях заражения ВИЧ-инфекцией, факторах ее передачи;
- формирование элементов здорового образа жизни, коррекция сексуального поведения;
- разъяснение мер профилактики заражения ВИЧ-инфекцией;
- привлечение населения к осуществлению профилактических мер в отношении ВИЧ-инфекции;
- проведение пропаганды в виде индивидуальных бесед, консультирование медицинским работником, распространение брошюр, листовок, памяток, санитарного бюллетеня;

- проведение групповых бесед, дискуссий, семинаров, совещаний;
- привлечение средств массовой информации (телевидение, радио, печать);
- организация пропаганды профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи;
- консультирование и тестирование на ВИЧ;
- лечение ИППП;
- профилактика среди беременных женщин и профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку;
- обеспечение безопасности запасов крови;
- предотвращение передачи инфекции в условиях медицинских учреждений (универсальные меры предосторожности, безопасность медицинских инъекций, профилактика после контакта).

Использованная литература

1. *О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 № 340-3 (ред. от 05.01.2016).*
2. *О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХІІ (ред. от 16.06.2014 № 164-3).*
3. *Гигиеническая и хирургическая антисептика кожи рук медицинского персонала: инструкция Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 05.09.2001 № 113-0801.*
4. *Инструкция об организации разноразмерной системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2019 № 966.*
5. *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.*
6. *О пересмотре ведомственных нормативных актов, регламентирующих вопросы по проблеме ВИЧ/СПИД: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.12.1998 № 351.*
7. *Об утверждении клинического протокола «Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.06.2018 № 59.*
8. *Об утверждении санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.02.2018 № 14.*



Профессор Г. И. Герасимович

ОСОБЕННОСТИ СПОСОБОВ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ

Белорусский государственный медицинский университет

Венепункция – медицинская процедура, наиболее широко используемая почти во всех медицинских учреждениях преимущественно с лечебной и диагностической целью. С ее помощью производится забор крови или введение лекарственных средств. Так как внутривенная инъекция является инвазивной процедурой и производится преимущественно у пациентов с риском или наличием какого-либо заболевания, то для ее выполнения требуется строгое соблюдение правил асептики и антисептики. Венепункция имеет ряд преимуществ, которые позволяют произвести забор крови в нужном количестве и/или для быстрого и дозированного введения лекарственных средств при минимальном дискомфорте для пациента, также имеются некоторые особенности, которые необходимо не только знать, но и уметь применить их на практике. К таким особенностям можно отнести оценку правильности наложения жгута на конечность, выбор игл для пункции вены, учет среза иглы для пункции вены, обработка и расположение конечности после пункции и ряд других положений, которые необходимо учитывать при выполнении венепункции, чтобы избежать ненужных осложнений.

При выполнении венепункции следует соблюдать установившийся алгоритм. Прежде всего необходимо приготовить соответствующее оборудование и подготовиться к процедуре. Приготавливают следующие принадлежности: одноразовые резиновые перчатки, бинты, стерильные салфетки и ватные шарики, 70%-й этиловый спирт или другой антисептик, флакон с 0,5%-м раствором нашатырного спирта, жгут, валик или клеенчатая подушка, бактерицидный лейкопластырь. Для забора крови дополнительно готовят соответствующие емкости, шприц необходимого объема с иглой или маркированные вакуумные пробирки. Для введения лекарственных средств нужны шприц с иглой и нужное лекарство, а для введения большого объема растворов лекарственных средств – запрошенная система для внутривенных капельных вливаний и штатив для крепления флаконов с растворами. Также необходимо иметь емкость для ис-

пользованных игл и других отработанных материалов и другие принадлежности, предусмотренные местными протоколами.

Для венепункции используют инъекционные иглы, предназначенные для внутривенного введения растворов лекарственных средств, забора и переливания крови. Их стандартная длина – 40–60 мм, диаметр внутреннего просвета иглы – 0,4–0,8 мм, срез – 45 градусов. Меньший диаметр просвета иглы может привести к образованию тромбов с остановкой тока крови или прокалыванию двух стенок сосуда. Угол среза иглы менее 45 градусов увеличивает колющий эффект, что также определяет возможность прокалывания двух стенок вены с образованием гематомы. При венепункции используют одноразовые пластиковые шприцы емкостью 10 мл и 20 мл, которые расфасованы в стерильную упаковку вместе с инъекционной иглой. К игле также может присоединяться система для переливания жидкостей и крови.

В настоящее время для взятия проб крови в основном используют вакуум-содержащие системы, с помощью которых взятие крови происходит в закрытую пробирку, предотвращающую любой контакт с кровью пациента. Выпускаются также безопасные шприцы, снабженные особыми защитными экранами, которые после использования закрывают иглу, таким образом медицинская сестра не контактирует с острием иглы. Медицинский персонал должен соблюдать меры безопасности: работать в халате, перчатках, защитных очках и маске. При повреждении кожных покровов необходимо тщательно вымыть руки с мылом, обработать их 70%-м раствором спирта, выдавить кровь из ранки и смазать ее 5%-м раствором йода, заклеить пластырем. При попадании крови или других биологических жидкостей на слизистые оболочки глаз их следует сразу же промыть водой и раствором перманганата калия 1 : 10 000, слизистую оболочку носа обработать 1%-м раствором протаргола. Полость рта прополоскать 70%-м раствором спирта или 0,05%-м раствором перманганата калия. Медицинский персонал, проводящий венепункцию, должен быть привит против гепатита В

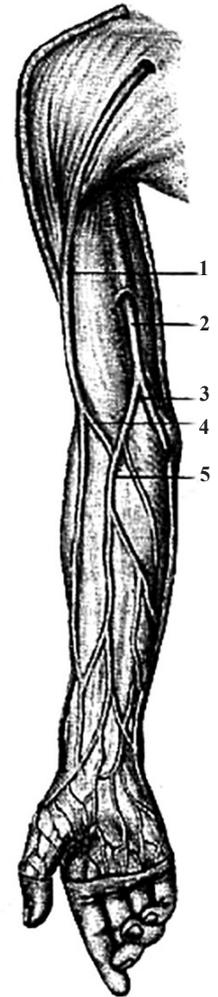
и проходить периодические медицинские осмотры в соответствии с действующими нормативными документами. Так как возможность нанесения травмы иглой пациенту и медицинскому работнику не исключена, сохраняется опасность инфицирования ВИЧ и другими септическими заболеваниями.

Венепункцию выполняют в процедурном кабинете либо у постели пациента при его тяжелом состоянии или при необходимости длительного введения лекарственных растворов. Процедура венепункции, проводимая с любой целью, должна быть согласована с лечащим врачом, а в амбулаторных условиях пациент должен представить направление с указанием необходимых параметров предстоящей процедуры. Медицинская сестра или лаборантка убеждается в личности пациента, которому назначена процедура. С пациентом в вежливой форме проводят беседу о предстоящей процедуре, ему сообщают, что пункция несколько болезненная, но не настолько, чтобы стоило беспокоиться. Интересуются у пациента, выполнил ли он все указания врача по подготовке к данной процедуре с учетом цели ее проведения и имеет ли он информированное согласие на данную процедуру. Одновременно выясняют, как он переносил уколы иглой ранее, возникали ли у него аллергические реакции на вещества, которые предполагается использовать.

Во время венепункции пациент занимает удобное положение – садится за стол или ложится на кушетку. Под локтевой сустав стелют салфетку, поверх которой кладут клеенчатый валик или клеенчатую подушечку. Пациент разгибает руку в локтевом суставе и укладывает ее локтем на клеенчатую подушечку (валик), что приводит к максимальному разгибанию руки в локтевом суставе. Медицинская сестра (лаборантка) убеждается, что пациент принял удобную позу и можно начинать манипуляцию, в процессе которой она может вести с пациентом отвлекающий разговор.

Выбирают вену для пункции визуально или пальпацией. Для венепункции лучше всего подходят поверхностные вены локтевого сгиба, так как они имеют большой диаметр и сравнительно мало смещаются. Среди них выбирают самую доступную и хорошо наполненную вену, чаще используют медиальную (*v. basilica*) или промежуточную (*v. intermedia basilica*) подкожные вены руки, которые хорошо фиксированы, расположены под кожей и анатомически находятся дальше от артериальных сосудов и нервных волокон (рисунок). При необходимости проводят пункцию более мелких вен в области предплечья и кисти, реже – голени и стопы. У детей раннего возраста обычно производят венепункцию подкожных вен волосистой части головы.

Существует несколько приемов, облегчающих выбор вены для пункции. За несколько минут до венепункции пациенту рекомендуют опустить руку вниз или несколько раз сжать и разжать кулак, что усиливает приток крови в конечность. Затем на 5–10 см выше места предполагаемой инъекции на защищенную кожу накладывают жгут таким образом, чтобы сдавить лишь вены, как поверхностные, так и глубокие, и тем самым задержать ток крови только в венах. При этом приток крови по артериям должен сохраниться, что обеспечивает наполнение вен кровью и облегчает их пункцию. Если жгут наложен правильно, то ниже его конечность принимает багровый цвет, пульс на лучевой артерии хорошо прощупывается. В таких случаях наполнение вен кровью увеличивается и они хорошо определяются на глаз или пальпируются, что облегчает их пункцию. При очень сильном сдавлении конечности происходит пережатие артерий и наполнение вен не произойдет. Конечность при этом бледнеет, пульс прощупывается плохо. В этих случаях жгут необходимо ослабить. Если же вены не видны и не прощупываются и цвет конечности ниже жгута не принимает багровый оттенок, то это свидетельствует о низком сдавлении конечности и, следовательно, вены пережаты недостаточно. В таких случаях жгут следует затянуть туже. Удобно использовать современные резиноканевые жгуты с зажимным устройством, позволяющим регулировать силу сжатия и мгновенно размыкать сжимающую петлю. Конструкция устройства позволяет изменять силу сжатия конечности одной рукой. Можно также использовать резиновую трубку с наружным диаметром более 1 см. Если в качестве жгута используют



Поверхностные (подкожные) вены правой верхней конечности:
1 – *v. cephalica*; 2 – *v. basilica*;
3 – *v. intermedia basilica*;
4 – *v. intermedia cephalica*;
5 – *v. intermedia cubiti*

резиновую трубку, то жгут завязывают таким образом, чтобы его концы были направлены вверх, а петля – вниз, что позволяет легко снять жгут, не касаясь поверхности локтевого сгиба. Можно воспользоваться механическим тонометром для измерения артериального давления. В манжетку нагнетают воздух до полного прекращения циркуляции крови, затем медленно снижают давление. Появление тонов сердечного сокращения свидетельствует о том, что кровоток в артериях восстановился, но вены по-прежнему остаются сдавленными. Промежуток времени между систолическим и диастолическим артериальным давлением является оптимальным для проведения венопункции.

Определяют место введения иглы, область участка манипуляций дважды обрабатывают спиртом (сначала область локтевого сгиба, а затем место предстоящей пункции) и дают высохнуть. Обращают внимание на отсутствие воздуха в шприце и проверяют проходимость иглы. Затем производят пункцию вены. Эту манипуляцию можно выполнить в два приема или одновременно.

При пункции вены в два приема левой рукой натягивают кожу ниже места венопункции, смещая ее вниз, тем самым уменьшая подвижность вены. Правой рукой берут иглу (или шприц с иглой) срезом вверх параллельно намеченной вене и под острым углом (20–30°) прокалывают кожу рядом с веной, параллельно ей продвигают иглу на 1 см. Кожа прокалывается легко, так как игла острием направлена к коже ближе к вертикальному (срез иглы 45° + наклон иглы к коже 20–30° = 65–75°). Затем сбоку прокалывают вену, что снижает риск прокола обеих стенок вены. При этом возникает ощущение попадания в пустоту. Если игла попадет в вену, то из иглы пойдет кровь. Иглу нужно продвинуть в вену на несколько миллиметров и фиксировать ее рукой. Если вену пунктировать не удалось (нет поступления крови из иглы), иглу необходимо подтянуть на себя, не выходя из кожи, и повторить пункцию вены, изменив при необходимости направление иглы. Этот прием используют при плохо определяемых венах или недостаточном опыте венопункции.

При одновременном приеме венопункции левой рукой фиксируют вену, надавливая на кожу с веной ниже намеченной пункции. Кожу и стенку вены прокалывают одновременно иглой сверху под углом 35–40°, срез иглы при этом направлен вниз. Иглу или шприц с иглой опускают ближе к руке, острие иглы в таком случае занимает положение по ходу кровотока в вене, что предотвращает прокол задней стенки сосуда. Пунктируют вену правой рукой по направлению тока крови. Если из иглы появилась кровь, значит, игла находится в полости вены. Этот прием используют при хорошо

определяемых венах отдельной иглой или иглой, соединенной со шприцем.

О попадании иглы в вену свидетельствует появление чувства провала в пустоту с последующим вытеканием из иглы струи темной крови или свободное появление в шприце крови при подтягивании поршня шприца, если пункция проводилась иглой со шприцем. После венопункции любым из способов иглу продвигают в вену почти параллельно коже на 1–2 см, что обеспечивает надежное положение иглы в вене. Дальнейшие действия зависят от цели проведенной венопункции.

Если требуется введение лекарственного вещества, пациенту рекомендуют разжать кулак, левой рукой снимают жгут. В вену, не меняя положение шприца, медленно вводят раствор лекарственного вещества. При длительных капельных вливаниях к игле присоединяют систему для переливания необходимых растворов или систему для переливания крови. После окончания процедуры иглу удаляют из вены, место инъекции прижимают смоченным в спирте ватным шариком, который плотно прижимают к коже в области инъекции, его необходимо удерживать в течение 3–5 мин или наложить на него давящую повязку. Руку после удаления иглы из вены необходимо держать выпрямленной в локтевом суставе.

При заборе крови из вены жгут не снимают. Сжатые в кулак пальцы можно немного расслабить. Взятие венозной крови осуществляют иглой, когда кровь самотеком поступает в подставленную пробирку, шприцем и вакуумными системами. Предпочтение отдается вакуум-содержащим системам с наличием шприц-пробирок для различных типов анализа с соответствующей цветной маркировкой. После окончания процедуры взятия крови снимают жгут и быстро извлекают иглу, предварительно прижав место пункции смоченным в спирте шариком. Кожу обрабатывают антисептиком и туго забинтовывают место инъекции на 30 мин либо просят пациента плотно прижать ватный шарик к месту инъекции не менее чем на 3–5 мин. После извлечения иглы сгибать руку в локтевом суставе не рекомендуют, так как это приводит к пережатию вены выше места пункции, в результате чего может образоваться гематома, которая затруднит последующие внутривенные инъекции. Медицинская сестра должна убедиться в правильном сборе материала для анализа, задокументировать процедуру.

В процессе венопункции возможны осложнения. Они могут возникнуть в связи с плохим состоянием вен, их проколом, введением лекарственных веществ за пределы вены. При попадании лекарственных веществ в окружающие вену ткани образуется припухлость с выраженной болезнен-

ностью. В таких случаях необходимо немедленно прекратить введение препарата. Если лекарственное вещество имеет высокую концентрацию, то следует в ткани ввести физиологический раствор или раствор новокаина (0,25%) для разведения препарата.

Образование гематомы в месте венопункции возможно при прокалывании обеих стенок вены. Иногда образование гематомы сопровождается повреждением нерва в результате его прокола или сдавлением образовавшейся гематомой. В таких случаях дальнейшую процедуру прекращают, на место гематомы накладывают давящую повязку с последующим применением компрессов с гепарином, полуспиртовым раствором, проводят физиотерапевтические процедуры.

При выполнении венопункции возможны также воспалительные явления, возникающие в сосудах (флебит – воспаление вены в месте ее пункции) и окружающих тканях (инфильтрат, абсцесс). К общим осложнениям относится септицемия, являющаяся потенциально опасной для жизни пациента. Данные осложнения требуют специфического лечения.

Психологический дискомфорт, связанный с чувством страха, обусловленным болезненностью инъекции, может сопровождаться обморочным состоянием. В случае обморока пациента следует уложить на кушетку и сразу же дать ему понюхать нашатырный спирт, что усиливает приток крови к головному мозгу и нормализует общее состояние пациента.

Количество и тяжесть осложнений могут быть снижены за счет правильного выбора места венопункции, хорошей техники ее исполнения, соблюдения правил асептики и антисептики.

Использованная литература

1. Егорова М. О. Венопункция и пробоподготовка крови. – М., 2014. – 32 с.
2. Филиппова С. Н. Взятие крови из периферической вены. – Подольск, 2014. – 69 с.
3. Инструкция о соблюдении противоэпидемического режима при взятии венозной крови путем венопункции в учреждениях здравоохранения г. Москвы (2.1.3.007-02): утв. главным государственным санитарным врачом по г. Москве Н. Н. Филатовым 10 октября 2002 г.

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

- Волосач, О. С. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи : учеб.-метод. пособие / О. С. Волосач ; Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 275 с.
- Высоцкая, С. Психологическая безопасность: что главной медсестре делать в ситуации, когда персонал «сходит с ума» / С. Высоцкая // Главная медицинская сестра. – 2020. – Пилотный номер. – С. 31–37.
- Гаранина, Л. А. Роль медицинской сестры при оказании медицинской помощи при остром холецистите / Л. А. Гаранина, А. А. Назаров // Врач скорой помощи. – 2021. – № 1. – С. 19–27.
- Гаранина, Л. А. Роль медицинской сестры при оказании медицинской помощи при острой кишечной непроходимости / Л. А. Гаранина, А. А. Назаров // Врач скорой помощи. – 2021. – № 1. – С. 10–18.
- Гигиена рук медицинского персонала в условиях пандемии COVID-19 // Главная медицинская сестра. – 2020. – Пилотный номер. – С. 13–15.
- Год работы в пандемию: когда в борьбу вступают медсестры и выигрывают / А. Салоутина [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 3. – С. 66–77.
- Гринько, Д. Где и как найти актуальную информацию о лекарственных средствах, медицинской технике и изделиях медицинского назначения / Д. Гринько, Е. Дырда // Главная медицинская сестра. – 2020. – Пилотный номер. – С. 38–42.
- Давлетшина, Г. Как перестроить работу медсестер и санитарок с медоборудованием. Чек-листы по новым правилам охраны труда / Г. Давлетшина, Д. Таут, И. Минулин // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 5. – С. 60–79.
- Дезинфекционно-стерилизационные мероприятия в стоматологических кабинетах и отделениях : метод. рекомендации / А. И. Николаев [и др.]. – М. : МЕДпресс-информ, 2020. – 71 с.
- Демидова, Т. В. История среднего медицинского образования в Иркутской губернии. Военно-фельдшерская школа / Т. В. Демидова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 53–56.
- Демидова, Т. В. Этюды дистанционного обучения / Т. В. Демидова // Медицинская сестра. – 2020. – № 8. – С. 33–36.
- Детские болезни в практике медицинской сестры с высшим образованием : пособие для студентов учреждений высш. образования / Н. А. Максимович [и др.] ; Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 227 с.

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



А. А. Лесник

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ БОЛЬЮ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Белорусский государственный университет

Одной из самых частых жалоб при обращении пациентов к врачам-неврологам является боль в пояснично-крестцовой области.

Боль в нижней части спины является одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, распространенность такой боли у людей в развитых странах достигает размеров пандемии и является второй по частоте после респираторных заболеваний.

Боль в спине может быть обусловлена:

- структурными изменениями позвоночника (тел позвонков, межпозвоночных дисков, суставов, связочного аппарата);
- повреждениями и заболеваниями мышц;
- поражением спинного мозга, корешков и периферических нервов;
- патологией внутренних органов грудной и брюшной полости, органов малого таза;
- психическими расстройствами.

Болевое поведение

Боль – это сигнал о том, что в организме что-то не в порядке. Сама по себе боль – это еще не страдание. Страданием она становится только тогда, когда к физическому болевому сигналу подключаются эмоции страха и гнева, формируя мысли о возможных тяжелых последствиях.

Депрессия, страх, тревога и посттравматический стресс способствуют чрезмерной болевой концентрации и снижают эффективность лечения при дисфункциях позвоночника.

Негативные мысли, ожидания, убеждения оказывают влияние на настроение и стимулируют так называемое неадаптивное болевое поведение, основными проявлениями которого являются:

- чрезмерная зависимость от приема анальгетиков;
- малоподвижный образ жизни (больной может большую часть времени проводить в постели);
- ограничение социальных контактов.

Медицинская помощь часто играет ключевую роль в развитии болевого поведения: врачи нередко рекомендуют пациентам ограничить физическую активность, использовать опору при ходьбе, а родственники пациента поощряют и поддержи-

вают такое поведение. Среди больных, пользующихся безусловной поддержкой родных и сталкивающихся с гиперопекой, интенсивность боли выше, а болевое поведение встречается чаще, чем в группе, лишенной этой поддержки.

Вторичные выгоды при болях в пояснице

Неэффективность лечения болей в спине может быть обусловлена таким психологическим феноменом, как выгода от болезни – это преимущества, бессознательно приобретаемые человеком при его заболевании.

Выделяют первичную и вторичную выгоду.

Первичная выгода – снижение уровня генерализованной тревоги за счет возникновения патологического симптома. Например, опредмечивание тревоги и возникновение фобии.

Вторичная выгода благодаря уже имеющейся болезни освобождает человека от неприятных обязанностей, позволяет получать внимание и привилегии, в том числе деньги и социальные льготы. Она не приводит к симптомообразованию, но закрепляет болезнь и мешает ее лечению.

Поэтому при работе с вторичной выгодой очень важно прогностическое значение приписывается вопросу «Что вы будете делать, когда вам станет легче (лучше)?». И если у человека нет ответа на этот вопрос, то прогноз на исцеление не очень хороший, поскольку страдание является содержанием его жизни, и если оно исчезнет, то и смысл жизни потеряется.

Таким образом, вторичная выгода от болей в спине проявляется в стремлении психосоматической личности освободиться от неприятных обязанностей, в получении неких привилегий и льгот на фоне своего заболевания.

Психологические методы управления болью

Психологические методы лечения хронической боли в спине широко применяются в странах Европы, США и Канаде. В зарубежных междисциплинарных клиниках и центрах боли психологические методы включены во все терапевтические программы. Они помогают изменить представления пациентов о физической активности и связанные с ней ожидания, повысить приверженность лечебной гимнастике и другим видам физических

упражнений (плаванию, водной аэробике, пешей ходьбе, занятиям фитнесом и др.).

Выделяют два психологических механизма реагирования на боль, значительно отягощающих течение основного заболевания и являющихся основными мишенями психотерапевтических воздействий: катастрофизация боли и страх боли.

Катастрофизация боли определяется как негативные когнитивные и аффективные психические установки, связанные с ожиданием или фактическим переживанием боли. Катастрофизация характеризуется размышлением о боли, преувеличением ее негативного эффекта, чувством беспомощности в борьбе с болью и ассоциируется с различными формами дисфункций, такими как депрессия и тревога; вследствие боли происходят более тяжелые функциональные нарушения и более выражено снижение качества жизни. При этом люди показывают худший уровень контроля боли, худшее эмоциональное и социальное функционирование и худший ответ на медицинские вмешательства. Все вышеперечисленное делает катастрофизацию боли важной целью для психологического вмешательства.

Другой психологический механизм, влияющий на психологические и физические функции при хронической боли, – это *страх*, связанный с боязнью усиления боли, нового повреждения или ухудшения физического состояния вследствие активности. Страх ведет к пассивному и избегающему боли поведению и, в свою очередь, к уменьшению функциональных возможностей.

Оба эти механизма – катастрофизация и страх – усиливают боль и уменьшают физические возможности пациента.

В настоящее время в мировой практике для работы с данными ограничениями используются следующие психологические подходы.

✓ *Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)* – направлена на развитие навыков самоконтроля, предназначенных для устранения боли и улучшения психологического функционирования, в том числе навыки последовательной релаксации, поведенческой активации и планирования приятных событий, и изменяет поведение с целью избежать хронизации боли.

КПТ позволяет снизить влияние ограничивающих убеждений, связанных с болью и страхом последствий и перенаправить ход мыслей в сторону позитивного функционирования.

Главная цель КПТ при наличии хронической боли – обучить пациента эффективным навыкам преодоления боли, повысить его повседневную активность.

С помощью КПТ изменяют негативные представления пациента о боли и физической активности (когнитивная перестройка) и обучают его

новому поведению в повседневной жизни (поведенческий метод).

Пациент обучается навыкам самостоятельного контроля и коррекции эмоционального и физического состояния, что в дальнейшем обеспечивает устойчивость терапевтического эффекта и снижает вероятность рецидива заболевания.

КПТ при хронической боли в спине значительно уменьшает инвалидизацию и в течение многих лет применяется как золотой стандарт психологического вмешательства.

✓ *Моделирование психологической гибкости* – в последние годы нарастает интерес к моделированию психологической гибкости, благодаря чему пациент обучается принимать боль как данность в ситуации, когда купировать ее не удастся. Человек прекращает пытаться контролировать боль и учится жить полноценно.

Принятие боли воздействует на психоэмоциональное состояние двумя различными механизмами: во-первых, формируется готовность безопасно испытывать боль, имея защиту против негативных реакций на нее; во-вторых, сохраняется постоянное участие в различной активности, несмотря на боль, что обеспечивает положительные эмоции.

В отличие от КПТ, эта методика не делает акцент на управлении болью, а фокусируется на принятии хронической боли, тем самым улучшая эмоциональное состояние и стимулируя пациента более активно участвовать в не связанных с болью занятиях.

✓ *Эриксоновская терапия и гипноз*. Прямым воздействием на интенсивность боли обладает эриксоновский гипноз, который также эффективен в качестве инструмента лечения тревоги и депрессии. Гипноз в лечении хронической боли обычно включает индукцию с внушением на релаксацию и комфорт. Использование гипноза в лечении хронической боли также обычно включает обучение пациента самогипнозу, или представляется аудиозапись гипнотической сессии.

✓ *Майндфулнесс* – психологический метод лечения хронической боли и эмоциональных нарушений, основанный на медитации. На сегодняшний день более 250 клиник в мире применяют данный метод в лечении пациентов с эмоциональными расстройствами и хронической болью. Майндфулнесс внесен в последние американские и британские рекомендации по лечению хронической неспецифической боли в нижней части спины.

Основная идея данной терапевтической техники заключается в полном перенесении внимания на настоящий момент без какой-либо оценки себя и окружающей действительности. С помощью данного метода пациент обучается тому, как быть «здесь и сейчас», как останавливать навязчивые,

беспокоящие мысли, контролировать эмоции, повысить эмоциональную устойчивость к стрессу и получать удовольствие от жизни. Перечисленные навыки пациенты развивают с помощью специальных упражнений по майндфулнесс: осознанное дыхание, «изюмная медитация», сканирование тела, наблюдение за звуками и мыслями, осознанные движения, осознанная ходьба, любящая доброта и др. Важная задача терапии майндфулнесс – научить пациента интегрировать приобретенные навыки в повседневную жизнь.

Техника релаксации для снятия мышечного гипертонуса

Для эффективного расслабления необходимо полностью потерять ощущение своего физического тела, иначе дискомфортные сигналы, идущие от тела, не позволят полностью войти в состояние глубокого расслабления. Именно поэтому необходимо найти такое положение тела, в котором человек будет чувствовать себя максимально комфортно достаточно длительное время.

Обучение удобно начинать лежа на спине.

1. Лягте на спину на твердой ровной поверхности так, чтобы голова, туловище и ноги находились на одном уровне. Выпрямленные в коленях ноги расположите на ширине плеч, а руки свободно вытяните вдоль туловища ладонями вверх.

2. Закройте глаза и дождитесь легкой расслабленности сознания.

3. Ненавязчиво сфокусируйтесь на своих телесных ощущениях.

4. Полностью отдайтесь потоку телесных ощущений и микродвижений, позволив всему, что возникает, быть.

5. Дождитесь прекращения микродвижений тела, то есть момента, когда ваше тело застынет в полной неподвижности.

6. Распределите внимание по всей поверхности контакта задней части тела и опоры.

7. Дождитесь, когда вся площадь контакта задней поверхности тела и опоры станет восприниматься вами как равномерное, однородное давление.

8. Пребывайте в неподвижном положении до тех пор, пока у вас не возникнет потребность в двигательной активности, не доводя дело до появления напряжения.

Техника управления болью

При работе с болью лучшим способом выключения болевого сигнала является переход от ощущений к образам. А изменение образов приведет к изменению в ощущениях. Одна из таких техник называется «Болемер», она позволяет одновременно измерять уровень боли и управлять ее интенсивностью. Благодаря этой технике можно не только снижать уровень боли и тревоги, но и, наоборот, усиливать приятные ощущения.

1. Предлагаем человеку представить шкалу от 0 до 10 или от 0 до 100, на которой отражается уровень его боли. Шкала может быть вертикальная (вроде ртутного термометра), горизонтальная или полукруглая (наподобие спидометра).

2. Спрашиваем, на каком уровне находится боль.

3. Рядом со шкалой предлагаем «приделать» ручку, вращая которую можно понижать либо повышать уровень боли.

4. Просим человека уменьшить боль, прокручивая ручку в нужную сторону.

5. К образам и ощущениям просим добавить реальное движение руки.

В ситуации когда человек полностью поглощен болью и даже мысль о том, чтобы уменьшить ее, кажется ему нереальной, предлагаем ему усилить боль. У человека появляется вера в то, что он может управлять своей болью, и постепенно он начинает уменьшать боль. Уменьшать следует постепенно и не круглыми числами (на 2, 3, 4%). Если это боль хроническая, то уменьшать ее нужно не до конца. На каждом последующем сеансе она еще немного снижается.

Данная техника идеально подходит при работе с хронической болью, которая длится не менее 3 месяцев.

Таким образом, психологические методы играют важную роль в лечении пациентов с хроническими болями в спине. Благодаря активному вовлечению пациентов в процесс лечения, убеждению их в доброкачественном течении болезни, разъяснению причин возникновения заболевания и тактики лечения можно помочь преодолеть катастрофизацию боли и кинезиофобию, уменьшить проявления тревоги и депрессии, нормализовать сон – все это способствует улучшению качества жизни.

Использованная литература

1. Головачева В. А. Психологические методы в лечении хронической неспецифической боли в нижней части спины / В. А. Головачева [и др.] // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2019. – № 1. – С. 25–32.

2. Кукушкин М. Л. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение: клинические рекомендации / М. Л. Кукушкин [и др.]. – М., 2014. – 64 с.

3. Милькаманович В. К. Медико-социальная адаптация и реабилитация при инвалидизирующих заболеваниях: пособие. – Минск, 2018. – 348 с.

4. Парфенов В. А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / В. А. Парфенов, В. А. Головачева. – М., 2018. – 288 с.

5. Швачкин С. Д. Возможности психотерапии в комплексной реабилитации пациентов с хроническими болями в спине / С. Д. Швачкин [и др.] // *Медицинский альманах*. – 2016. – № 5 (45). – С. 179–182.



Профессор В. К. Милькаманич

КАК БОРОТЬСЯ СО СЛУХАМИ НА РАБОТЕ

Белорусский государственный университет

Когда нет гласности, обычно возникают слухи.
Александр Борин

Для формирования бесконфликтных коммуникационных связей в трудовом коллективе большое значение имеет все, что связано с приемом, передачей и переработкой информации о деятельности всей организации и каждого ее члена. Передача информации от одного сотрудника другому, а также обмен мыслями для обеспечения взаимопонимания не ограничиваются сугубо официальными рамками. Вот почему наряду с формальными коммуникационными каналами в любой организации обязательно существуют и неформальные каналы информации. Неформальная информация, опережая формальную по времени, нередко существует на уровне слухов.

Слух – это молва, известие о ком- или чем-нибудь; это сообщение о каких-либо событиях, еще ничем не подтвержденных, которое передается в коллективе от одного человека к другому. Это информация, удовлетворяющая какую-либо психологическую потребность людей, не удовлетворенную иными способами.

Слухи возникают в основном тогда, когда не хватает достоверных фактов, создавая выраженную слухозависимость сотрудников.

Слухи, как правило, весьма нежелательное явление в трудовом коллективе. Во-первых, сотрудники при этом чувствуют себя сторонними наблюдателями, непричастными к делам организации. Это формирует неудовлетворенность работой в данной организации. Во-вторых, слухи обостряют взаимоотношения и микроклимат в организации.

К основным причинам появления слухов относятся следующие.

✓ Недостаточное понимание руководителем всей важности доверительного общения с сотрудниками своего подразделения. Опрос руководителей и рядовых работников о рейтинге 10 важнейших моральных факторов успешной работы показал, что осведомленность о состоянии дел в организации руководители поставили на 10-е место, а рядовые работники – на 2–3-е. В результате не формируется гармоничная обратная коммуникационная связь.

✓ Неблагоприятный психологический климат в организации. Напряженные отношения ведут к умышленному искажению информации, излишней подозрительности.

✓ Личностные моменты, когда оценки событий и людей могут существенно искажаться. Так, отсутствие у сотрудника интереса к сообщаемой информации зачастую вызвано ее формализмом, монотонностью, тривиальностью, однообразием. На качестве коммуникации сказывается плохая структура сообщений, когда подбор слов, оборотов, форм сообщения оставляет желать лучшего. Определенное значение имеет не тренированная память работников. Исполнители сохраняют в памяти всего лишь 40–50% информации, а руководители – 60–80%.

✓ Неполнота воспринимаемой и передаваемой информации. В этом чаще всего повинен отправитель информации. Дело в том, что на каждом уровне иерархии действуют своеобразные фильтры. Верхние уровни управления не желают терять монополию на информацию и преждевременно раскрывать свои планы, справедливо опасаясь как потери рычагов управления («Кто владеет информацией, тот владеет миром»), так и утечки сведений. Вот почему руководители опускают часть информации, действуя в соответствии с тремя стереотипами: «Это знают все», «Это не должны знать все» и «Это рано знать всем».

В результате рядовые работники домысливают, достраивают картину. К тому же, действуя по необходимости методом проб и ошибок, они не хотят, чтобы начальство знало обо всех промахах и неудачах, которые они легко могут исправить сами.

По типу эмоциональной реакции слухи делятся на слух-желание, слух-пугало и агрессивный слух.

Слух-желание возникает, когда пытаются выдать желаемое за действительное, причем в условиях, когда реальность приходит в противоречие с тем, что людям необходимо. Например, слух о скорой выплате хорошей премии к очередному празднику либо о бесплатных обедах.

Такой слух не является малозначительным и безобидным, каким выглядит на первый взгляд.

Его опасность в том, что стимулируемые им ожидания закономерно сменяются разочарованием, которое, в свою очередь, порождает либо агрессивность, либо апатию, нарушая нормальное функционирование сотрудников организации.

Слух-пугало выражает боязливое предвидение каких-либо событий и становится возможным благодаря довольно распространенной привычке людей пессимистически ожидать худшего. Например, слух о вероятном закрытии учреждения, увольнении и переводе некоторых работников в другую организацию.

Мотивы появления таких слухов кроются в попытках получить удовлетворение от разделенного с кем-либо страха и тайной надежде на возможность опровержения пугающего сюжета. Но даже если опровержения нет, то разделенный страх переносится легче.

Агрессивный слух основывается на предрассудке и представляет собой резко негативное отношение некоторой группы людей к объекту, фигурирующему в сюжете слуха. Возникает чаще всего в период межгрупповых конфликтов. Например, слух о смене руководства и назначении на должность «безграмотного выскочки» кого-то из коллег.

Каковы же основные меры предупреждения и противодействия слухам? Борьба со слухами может носить профилактический и оперативный характер. Конечно, если слухи уже начали распространяться в организации, то происходит это достаточно быстро и пресечь их непросто. Самый эффективный путь борьбы с ними – это предупреждение ситуаций, которые их порождают.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на создание такой среды, которая бы исключала возможность распространения слухов и приводила к их быстрому угасанию.

Слухоустойчивая среда предполагает:

- неизменно высокую достоверность сообщений (при которой сохраняется доверие аудитории к официальным источникам информации, средствам массовой коммуникации);
- высокую оперативность и систематичность официальных сообщений;
- систематическую и хорошо отлаженную обратную связь между источником информации и аудиторией для своевременного и по возможности опережающего реагирования на возникновение слухов;
- обеспечение доступности информации (например, организуются специальные «линии слухов»: внутренние телефонные номера, по которым сотрудники могут позвонить и получить ответ по интересующей теме);
- поддержание эффективного руководства на всех уровнях, повышение авторитета руководителей и доверия к ним;

- оптимальное эмоциональное насыщение жизни, распределение ролей и функций, согласно индивидуальным способностям и наклонностям каждого члена трудового коллектива.

Эффективная оперативная борьба со слухами должна учитывать закономерности их распространения. Рассмотрим конструктивные меры, которые применяют чаще всего.

Игнорирование неправдоподобных слухов (бойкот) с одновременной демонстрацией опровергающих фактов. Специалистами установлено, что неподкрепленные слухи «живут» 12–15 дней, затем они стираются из памяти или вытесняются.

Гласное и достоверное подтверждение слухов. Иногда для предотвращения дальнейшего «наслоения» сюжета лучше подтвердить слух. Порой честное признание повышает доверие к источнику и помогает контролировать последующий ход событий. Подтвердить слух может человек, которому доверяют в трудовом коллективе. В этом случае автоматически пресекаются трансформации сюжета слуха и его дальнейшая циркуляция.

Так, руководитель должен поговорить с людьми, на которых действовали слухи или которые понесли убытки вследствие их распространения, добиться взаимопонимания с ними, высказать свою обеспокоенность по поводу распространения слухов и готовность активно бороться с ними. В его силах без промедления (и масштабно, если это необходимо) предоставить полную и аутентичную информацию по поводу конкретного дела.

Доведение слуха до абсурда. Данный прием подразумевает распространение информации, не противоположной содержанию, а, наоборот, усиливающей тенденцию, лежащую в основе первоначального слуха. «Счастливые перспективы» или «драматизм» ситуации доводятся до таких масштабов, что воспринимаются как нереальные. Главное, чтобы аудитория поняла, что имеет дело с нелепым слухом.

«Фланговая атака» на слухи. В данном случае слух не упоминается, вместо этого подается значимая информация, по содержанию противоположная сюжету слуха. Делать это нужно под различными предлогами, но без упоминания о самом слухе и его сюжете. При этом основная фабула слуха остается, но изменяется существенная деталь. В этом случае слух начинает работать против тех, кто его распространил.

В данном методе необходима особая внимательность к каждой детали, так как малейший просчет может привести к эффекту бумеранга и доверие к слуху усилится.

«Лобовая атака» на слухи. Здесь главное значение имеют лидеры всех уровней. Именно

Школа само- и взаимопомощи

они воспринимаются аудиторией как надежные источники достоверной информации. При этом пересказывается сюжет слуха, объясняется причина его появления, раскрываются поводы к его появлению и излагается альтернативная версия событий. «Лобовая атака» на слух (его прямое опровержение) контрпродуктивна, если нет уверенности в том, что источник, опровергающий слух, в данной аудитории обладает непрекращаемым авторитетом. При «лобовой атаке» можно применить такие технологии, как «таблица слухов», «клиника слухов» и др.

«Таблица слухов» оформляется так, чтобы в ней в одной колонке были перечислены бродившие некоторое время слухи, а в другой – реально наступившие события. Такая таблица может публиковаться в СМИ и отражаться в настенной информации.

«Клиника слухов» – это сбор будоражающих общественное мнение слухов, их групповое обсуждение и осмеяние. Сюжеты слухов могут проигрываться в лицах с элементами психодрамы.

Ирония и юмор. Использование иронии и юмора – это высмеивание нелепой информации, например, в процессе яркого и богатого различными метафорами выступления представителями руководства организации. Уместная шутка, сказанная вовремя может полностью нейтрализовать слухи.

Индивидуальная работа с коллегой, который распространяет слухи. Целесообразно придерживаться следующей тактики.

✓ Используйте поменьше пространных опровержений и утверждений, а побольше – конкретных вопросов и лаконичных несогласий, например: «Думаю, что это не соответствует действительности», «Если это, как вы заметили, только слух, давайте не будем попусту тратить на него время».

✓ Конкретно расспросите о том, откуда стало известно это сообщение, например: «Я этого не знал. Откуда вам это известно?», «Кто вам сообщил об этом?», «Видимо, мне надо побеседовать с этим человеком лично».

✓ Заставьте убедить вас в правдоподобности слуха, например: «Почему вы считаете, что сказанное вами – правда?», «На чем основана ваша уверенность в том, что это правда?», «Это кому-то так хочется или так обстоит на самом деле?»

Важно подчеркнуть необходимость творческого подхода к работе со слухами, так как изложенные процедуры их опровержения, эффективные в одних ситуациях, могут оказаться неэффективными в других.

Уважаемые коллеги! Слухи могут нанести значительный ущерб. Однако они не опасны, когда вы знаете, как им противодействовать.

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

Диаш Фортеш, С. Б. Качество сестринского ухода при паллиативной помощи / С. Б. Диаш Фортеш, И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 2. – С. 3–9.

Дубель, Е. Новые требования к обращению с отходами: как перестроить работу сестринской службы / Е. Дубель // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 4. – С. 16–23.

Дубель, Е. Отменили главные СанПиН для медорганизаций. Как перестроить работу по новым санитарным требованиям / Е. Дубель // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 3. – С. 16–31.

Елисеев, Ю. Ю. Оценка условий и характера труда среднего медицинского персонала / Ю. Ю. Елисеев // Главврач. – 2021. – № 2. – С. 22–29.

Заболеваемость COVID-19 медицинских работников. Вопросы биобезопасности и факторы профессионального риска / Т. А. Платонова [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2021. – Т. 20, № 2. – С. 4–11.

Змачинская, И. М. Организация работы медицинской сестры терапевтического отделения : учеб.-метод. пособие / И. М. Змачинская, Т. Т. Копать ; Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск : БГМУ, 2021. – 19 с.

Знания специалистов среднего звена по вопросам профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи / И. Г. Овчинникова [и др.] // Главврач. – 2021. – № 2. – С. 43–48.

Иванов, И. Как уберечь медработников от нарушений элементарных правил эпидбезопасности. Алгоритм от эпидемиолога / И. Иванов, Е. Дубель, Е. Зиновьева // Здравоохранение. – 2021. – № 3. – С. 38–53.

Иванова, Е. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи: новые требования законодательства / Е. Иванова // Управление качеством в здравоохранении. – 2021. – № 2. – С. 25–30.

Идентификация пациентов как безопасность оказания медицинской помощи (практический опыт) / А. В. Потылицын [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 33–39.

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

В. А. Крупенченков, О. Н. Шиман

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

Белорусский государственный медицинский колледж

В современном мире подготовка специалистов медицинского профиля на пациентах невозможна без достаточного уровня знаний, навыков и умений обучающихся – это негуманно и не этично. Готовность к самостоятельной деятельности обучающихся и выпускников медицинских колледжей, освоение новых навыков или манипуляций работающими специалистами, имеющими квалификацию, является краеугольным камнем современной подготовки компетентных специалистов медицинского профиля.

Для решения этой проблемы на помощь приходит симуляционное обучение. Медицинское симуляционное оборудование в подготовке медицинских специалистов используется давно, но на современном этапе подготовки специалистов простого применения такого оборудования недостаточно. Необходимы более реалистичные фантомы (манекены) и изменение подходов в обучении будущих специалистов. Симуляционное обучение в классическом варианте – это не отработка базовых навыков на симуляционном оборудовании, а более сложный, заранее продуманный процесс. Каждая учебная комната, предназначенная для проведения практических занятий, оснащается симуляционным оборудованием: фантомы рук, накладки на руки с имитацией вен, фантомы таза для инъекций, клизм и др. Но такое оборудование имеет ограниченное предназначение: для отработки базовых навыков, начиная с нуля и доводя технический навык до автоматизма. Уровень реалистичности такого оборудования невысокий, само оно конструктивно несложное, износостойкое, бюджетное в части технического обслуживания и текущего ремонта. Такой подход к организации обучения позволяет познакомить обучающегося с техническими навыками, довести выполнение их до автоматизма. Однако важно не только владеть навыкам, но и уметь адекватно реагировать на происходящее на рабочем месте (иметь высокую стрессоустойчивость и резилентность), воспроизводить свои умения, показывать их в реальных условиях. Нельзя отправить обучающегося к пациенту, не убедившись, что он не растеряется на рабочем месте и не совершит ошибок, так как на этапе обучения такое право (право на ошибку) у обучающегося существует,

а в реальных жизненных условиях – нет. Для решения возникающей дилеммы: может или не может обучающийся самостоятельно осуществлять свои профессиональную деятельность – создаются симуляционные лаборатории (симуляционно-аттестационные центры). Благодаря реализации проекта Всемирного Банка в Беларуси «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь» такие лаборатории созданы на базах медицинских колледжей и носят название лабораторий по отработке навыков (clinical skill labs).

Основные задачи лаборатории по отработке навыков в медицинских колледжах:

- создание симулированной образовательной среды, приближенной к реальной обстановке на рабочем месте специалиста;
- отработка практических навыков и манипуляций, разработка клинических сценариев и их реализация;
- контроль над обеспечением качества практической подготовки и организации процесса обучения в лабораториях по отработке навыков;
- оценка полученных в процессе обучения практических навыков и компетенций;
- накопление и анализ типичных ошибок обучающихся;
- мониторинг удовлетворенности процессом обучения путем проведения начального, текущего и итогового контроля, анкетирования по вопросам качества обучения;
- анализ полученных результатов анкетирования, результатов текущего и итогового контроля знаний и компетенций и принятие мер по совершенствованию процесса обучения практическим навыкам.

Контроль над обеспечением качества практической подготовки необходим для выявления недостаточно подготовленных обучающихся, повышения мотивации к обучению, создание модели ответственного отношения к пациентам у будущих и работающих специалистов, что, несомненно, улучшает систему подготовки медицинских кадров.

Р. Эпштейн дает следующее определение компетенции в медицине: «Привычное и разумное использование общения, знаний, технических навы-

Обмен опытом

ков, клинических рассуждений, эмоций, ценностей и размышлений в повседневной практике на благо людей и сообществ, которым они оказываются». А компетентность, по мнению того же автора, «это не достижение, а, скорее, привычка к обучению на протяжении всей жизни». Оценка полученных в процессе обучения практических навыков и компетенций играет важную роль в оказании помощи обучающимся в выявлении и реагировании на их собственные потребности в обучении и повышает мотивацию к обучению в дальнейшем. В идеале оценка компетенций должна дать представление о фактических показателях работы: что обучающийся обычно делает, когда за ним никто не наблюдает, а также оценить его способность адаптироваться к изменениям, находить и генерировать новые знания и применять их.

Контроль над владением навыками и приобретенными компетенциями может реализовываться за счет, например, организации практических занятий, которые запланированы по дисциплинам в контрольно-тематическом плане для закрепления и совершенствования навыков и умений. В таком случае обучающийся приходит на занятие в лабораторию по отработке навыков подготовленным, владея определенным уровнем знаний, навыков и умений, и готов показать высокое мастерство в своем деле. Доказательством того, что обучающийся готов попробовать себя в условиях, максимально приближенных к реальным, является вводный контроль: тестирование онлайн или офлайн до занятий как домашнее задание или непосредственно перед занятием, а также опрос. Только после успешного прохождения вводного контроля обучающиеся могут приступить к работе в лаборатории по отработке навыков, так как лаборатория оборудована максимально приближенно к реальным условиям, а к фантомам (манекенам) необходимо относиться с той же ответственностью и чуткостью, как к живому человеку.

Лаборатория по отработке навыков позволяет не только определять уровень владения техническими и нетехническими навыками, но и сформировать умение работать в команде и распределять обязанности для достижения общей цели – спасения жизни пациента. Для выполнения задач лаборатория по отработке навыков оснащается соответствующим образом, используются более реалистичные модели симуляционного оборудования с возможностью технического контроля производимых над ним действий, а также с возможностью проигрывать различные сценарии. Кроме того, видеорегистрация происходящего в лаборатории во время занятия позволяет решать спорные вопросы по оценке действий обучающихся и указывать на конкретные ошибки с целью дальнейшего их исправления.

Также в лаборатории по отработке навыков может быть сосредоточено самое дорогостоящее оборудование, закупаемое в единичном количестве. К нему обеспечивается доступ всем обучающимся, что рационально и экономически целесообразно. В таком случае дорогостоящее оборудование служит аналогом центра коллективного пользования. Только при правильном распределении ресурсов (медицинского симуляционного оборудования) можно достичь высоких результатов в подготовке будущих медиков и повышения уровня компетентности уже работающих квалифицированных специалистов.

Нами было проведено анкетирование учащихся 3-го курса по специальности «Лечебное дело», которые проходили обучение в лаборатории по отработке навыков Белорусского государственного медицинского колледжа. Данная лаборатория оснащена симуляционным оборудованием 44 наименований, 7 из которых относятся к высокотехнологичным: медицинское симуляционное оборудование, симуляционные системы, подключенные к компьютеру, которые формируют клинические ситуации и оценивают правильность их выполнения. Это передвижные аппаратно-программные комплексы для обучения в медицине, манекены-имитаторы (полноростовые) для отработки сердечно-легочной реанимации, манекен ребенка для обучения уходу и сердечно-легочной реанимации, фантомы-имитаторы верхней половины туловища и головы для отработки сердечно-легочной реанимации, тренажер для обучения навыкам сердечно-легочной реанимации с персо-





нальным компьютером, манекен-симулятор родов (полноростовой) для отработки обследования плода и родового пособия, манекен роженицы (снабжен имитатором прикроватного монитора и монитора оценки CPR). В лаборатории также имеются тренажеры с датчиками оценки правильности выполнения манипуляций.

В анкетировании приняли участие 233 респондента (15,4% мужского пола и 84,6% – женского), в основном в возрасте 18–25 лет (93,1%). Среди опрошенных 94,4% имеют только общее среднее образование (11 классов), 4,7% – среднее специальное образование, 0,9% – высшее образование. 94,9% учащихся были в лаборатории на занятиях по дисциплине «Скорая медицинская помощь с основами реаниматологии», 65,7% – по дисциплине «Педиатрия», 56,7% – по дисциплине «Терапия», 10,3% учащихся – по дисциплине «Акушерство и гинекология».

Анкета была призвана оценить уровень подготовки учащихся до и после занятий в лаборатории, основываясь на их собственном мнении, уровень методического обеспечения занятия и перспективы развития лаборатории в будущем.

68,2% учащихся оценили уровень своих знаний до занятий в лаборатории как хороший, 6,4% – как высокий. После занятий картина самооценки уровня практических навыков выглядела так: 51,1% – «значительно вырос», 46,8% – «остался на том же уровне», 2,6% учащихся предложили свои варианты ответа (в анкетировании допускался множественный выбор ответов), большинство из которых: «немного вырос», «улучшился», «выше среднего», «надо чаще тренироваться». Такое изменение процентного соотношения до и после посещения лаборатории (с 68,2% до 51,1%), которое можно охарактеризовать как умеренное понижение оценки своей подготовки с довольно высокой на более низкую, а также варианты ответов учащихся могут свидетельствовать о том, что произошла переоценка ими своих знаний и умений, что

приводит к повышению мотивированности в получении знаний и более прилежной работе над собой и своими навыками и умениями.

Что касается методического сопровождения занятий в лаборатории, то абсолютное большинство учащихся (95,3%) отметили, что имеют необходимые материалы для подготовки к занятиям в лаборатории и ранее учились по ним (инструкции, протоколы Министерства здравоохранения Республики Беларусь). 79,4% учащихся отметили, что преподаватель проводил контроль необходимых знаний перед работой в лаборатории, а 21,0% учащихся отметили, что преподаватель объяснял/показывал, как выполнять манипуляцию, перед тем как допустить работать самостоятельно. Все это свидетельствует о достаточно ответственном отношении преподавателя в части самоподготовки к занятию в лаборатории, что, как следствие, приводит к высокому уровню подготовки учащихся через опыт работы в лаборатории.

Учащимся было предложено оценить, достаточно ли им выделено времени для работы в лаборатории, в результате чего 60,5% учащихся оценили как «достаточно», 39,1% – как «недостаточно». Ответы на вопрос о том, что смущает или не нравится в занятиях в лаборатории, в подавляющем большинстве звучали как «мало времени на группу», «занятий было критически мало», «почему таких занятий не было на первом курсе?». Следовательно, можно сделать вывод, что в настоящий момент лаборатория обеспечивает основную потребность системы медицинского образования в обучении на уровне колледжа в условиях симуляции, однако лаборатория требует увеличения своей пропускной способности, а учащиеся, в свою очередь, стремятся воспользоваться возможностью обучения такого уровня.

Вышеуказанное подтверждает ответ на перекрестный вопрос о желании/нежелании приходить в лабораторию чаще: 72,7% респондентов ответили «да, желаю», 20,6% – «затрудняюсь ответить».

На вопрос, понравились ли учащимся занятия в лаборатории, 56,2% учащихся ответили «да», 42,5% – «да, и хочу иметь возможность в будущем при повышении квалификации заниматься в лаборатории».

Таким образом, ответы подтверждают необходимость существования лабораторий симуляционного обучения, а также то, что современному поколению учащихся крайне необходим принципиально новый подход в образовании, актуальность использования новейших технологий и иных методических подходов в педагогической практике при подготовке будущих медработников и повышении компетентности дипломированных специалистов.



Выводы

Обучение на базе лабораторий по отработке навыков позволяет повысить мотивацию у обучающихся к приобретению новых знаний, умений и навыков.

Создаваемые условия в лабораториях по отработке навыков позволяют готовить компетентных медработников и повышать уровень компетентности уже работающих специалистов.

Возможность отработки различных клинических ситуаций в условиях, максимально приближенных к реальным, позволяет снизить количество технических и тактических ошибок в дальнейшем при оказании помощи пациентам.

Лаборатории по отработке навыков позволяют осуществлять обратную связь между обучающимся и колледжем, что приводит к совершенствованию процесса обучения практическим навыкам будущих медицинских работников.

В лабораториях по отработке навыков можно сформировать умение работать в команде в критических ситуациях.

Лаборатории по отработке навыков открывают новые возможности организации учебного процесса с использованием новейших технологий и новых методических подходов в педагогической практике при подготовке медицинских работников среднего звена.

По нашему мнению, для улучшения функционирования лабораторий по отработке навыков предстоит еще многое сделать. В первую очередь – создать условия для подготовки преподавателей в области медицинского симуляционного обучения с возможностью обучения их на территории Республики Беларусь, что сделает обучение преподавателей более доступным, качественным, дешевым и гибким. Важна и централизованная работа по разработке IT-программ, обеспечивающих проведение контроля знаний обучающихся с использованием оценочных шкал (чек-листов)

в электронном виде с автоматическим подсчетом баллов с последующей возможностью создания баз учета такого контроля, программ фото- и видеofиксации в реальном времени и офлайн с записью действий экзаменуемого и комментариями экзаменатора и т. п.

Оборудование лабораторий нуждается в регулярном техническом обслуживании и ремонте, а значит, требуется создание отдела технического обслуживания и ремонта медицинского симуляционного оборудования, что позволит после окончания срока гарантийного обслуживания оперативно проводить качественный ремонт и обеспечивать лаборатории необходимыми расходными материалами.

Использованная литература

1. Косцова Н. Г. Методы и формы симуляционного обучения в подготовке специалистов по специальности «Сестринское дело» / Н. Г. Косцова [и др.] // Вестник последипломного медицинского образования. Научно-практ. и информацион. журнал. – 2015. – № 3. – С. 4–9.

2. Хубутя М. Ш. Анализ первого опыта симуляционного обучения врачей скорой помощи по вопросам сердечно-легочной реанимации / М. Ш. Хубутя [и др.] // Пульмонология. – 2011. – № 2. – С. 119–123.

3. Воробьев В. В. Повышение качества профессиональной подготовки студентов и открытие лаборатории практического обучения в учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет» // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2013. – № 1 (41). – С. 100–101.

4. Селиванова О. А. Изучение феномена резильентности: проблемы и перспективы / О. А. Селиванова [и др.] // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – № 3. – Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/04PSMN320.pdf>.

5. Редненко В. Симуляционное обучение в медицине: развитие профессиональной компетентности / В. Редненко [и др.] // Руководитель. Здоровоохранение. – 2019. – № 5 (77). – С. 42–45.

6. О типовых штатах и нормативах численности работников учреждений среднего специального образования, дополнительного образования взрослых в сфере здравоохранения: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.12.2017 № 1456.

7. Bartram R. The infidelity of place: medical simulation labs and disjunctures in pedagogical places // Sociology of Health & Illness. – 2020. – Vol. 42, № 2. – P. 293–306.

8. Fox R. Medical simulation for professional development – science and practice / R. Fox [et al.] // BJOG. – 2011. – Vol. 118 (Suppl. 3). – P. 1–4.