

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

**ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО СЕСТРИНСКОГО
ДВИЖЕНИЯ И ПРАКТИКИ**

Сборник материалов к 30-летию
высшего сестринского образования в Республике Беларусь

Гродно
ГрГМУ
2022

УДК 614.253.52:005.745(06)

ББК 51.1я431

Д 70

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 05 от 25.01.2022 г.).

Редакционная коллегия:

первый проректор ГрГМУ, доц. В. В. Воробьёв (отв. редактор);
проректор по научной работе ГрГМУ, проф. С. Б. Вольф;
декан МДФ ГрГМУ, доц. И. А. Курстак;
доц. Н. Е. Хильмончик.

Рецензенты: декан ЛФ ГрГМУ, доц. А. В. Болтач;
декан ПФ ГрГМУ, доц. А. Л. Гурин.

Достижения современного сестринского движения и практики :
Д 70 сборник материалов к 30-летию высшего сестринского образования в Республике Беларусь [Электронный ресурс] / отв. ред. В. В. Воробьёв. – Электрон. текст. дан. (объем 2,7 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2022. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
ISBN 978-985-595-682-3.

В сборнике статей представлены научные работы, посвященные актуальным проблемам медицины по следующим направлениям: подготовка сестринских кадров для здравоохранения, перспективы и инновации; профессионалы сестринского дела и оказание помощи населению; проблемы здоровья населения Беларуси и Гродненской области и пути их решения; современные проблемы здоровья населения и факторы его формирования; влияние средовых факторов на формирование потенциала устойчивого развития общества; медицинская профилактика и комплексная гигиеническая диагностика; формирование экологической культуры, здоровья и здорового образа жизни населения и развитие здоровьесберегающих технологий.

Информация будет полезна широкому кругу научных сотрудников и работников практического здравоохранения. Авторы, представившие информацию к опубликованию, несут ответственность за содержание, достоверность изложенной информации, указанных в статье статистических, персональных и иных данных.

УДК 61:005.745(06)

ББК 5л0

ISBN 978-985-595-682-3

© ГрГМУ, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ

Воронко Е. В., Спасюк Т. И...... 8

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» ПУТЕМ ИНТЕГРАЦИИ С МЕДИЦИНСКИМИ КОЛЛЕДЖАМИ

Дежиц Е. В., Хильмончик Н. Е...... 11

КОГДА ПРОФЕССИЯ – ВТОРАЯ ЖИЗНЬ

Заборовский Г. И., Трусъ Е. И...... 16

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» НА КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Зиматкина Т. И., Александрович А. С...... 19

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЙ ПО БИОХИМИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА (ЗАОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ)

Леднева И. О., Мамедова А. Е...... 21

РЕАЛИИ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Матвейчик Т. В., Вальчук Э. А...... 25

АНАЛИЗ КАДРОВОГО СОСТАВА И МНЕНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОБ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОЙ

Мулярчик О. С...... 28

ПРЕПОДАВАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА» НА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

Наумов И. А...... 31

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Роцин С. Н., Поплавская Е. А...... 35

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Саросек В. Г., Курстак И. А.	38
К ВОПРОСУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Сивакова С. П.	42
СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ КАТОЛИЧЕСКИХ МОНАШЕСКИХ ОРДЕНОВ НА ГРОДНЕНЩИНЕ В XVIII – НАЧАЛЕ XX ВЕКА	
Сильванович С. А.	46
ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЛЯ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В ГРОДНЕНСКОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ ИМЕНИ ЯНКИ КУПАЛЫ В 1960-1980 ГОДЫ	
Ситкевич С. А., Черепица В. Н.	49
ВЫСШЕЕ СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: РЕШЕНИЕ ИЛИ ПРОБЛЕМА	
Хильмончик Н. Е.	52
РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В РАЗВИТИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ГУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3 г. ГРОДНО»)	
Чернецкая Л. В., Дудко М. В.	56
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА	
Шах А. С., Куделя А. А.	59
МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» ЗАОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ	
Шиман О. В., Кардаш Н. А., Басинский В. А.	61
СЕСТРИНСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПАКИСТАНЕ	
Юсафзай Н. А., Чечков О. В.	63
АНАЛИЗ ВЗГЛЯДОВ ШКОЛЬНИЦ Г. ГРОДНО НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ	
Азбукина М. Ю., Давыдик Д. Г., Николина О. Д.	67

<p>ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</p> <p>Байгот С. И., Марушка И. В., Гаевская Е. А., Литавор А. М., Сидоренко Н. С.....</p>	69
<p>ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ COVID-19</p> <p>Баран Д. Н., Гульник О. А.....</p>	72
<p>ВЛИЯНИЕ ПСОРИАЗА НА УРОВЕНЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</p> <p>Барцевич И. Г.</p>	74
<p>ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ЗАОЧНОМ ОТДЕЛЕНИИ</p> <p>Гарелик П. В., Дубровщик О. И., Мармыш Г. Г., Довнар И. С.....</p>	77
<p>АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕВУШЕК СТУДЕНТОК О ФАКТОРАХ РИСКА, ПРИВОДЯЩИХ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p>Ерошкина К. В., Дятел А. Е. Николина О. Д.....</p>	79
<p>РАЗВИТИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ: ЛАЗЕРНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА</p> <p>Заборовский И. Г., Исачкин В. П.....</p>	81
<p>СОЦИАЛЬНЫЙ И МЕДИЦИНСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С РАЗРЕШЕНИЕМ ВТОРЫХ РОДОВ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ</p> <p>Заборовский Г. И., Лукша А. Н., Мишкова А. П.....</p>	84
<p>РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ</p> <p>Заборовский Г. И., Стручинская М. А., Стурейко С. Д.</p>	87
<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТУАЛЬНОСТИ ТЕМЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ИХ ОБЪЕКТИВНОГО И СУБЪЕКТИВНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ В ТЕМЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, И МЕТОДАХ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ</p> <p>Зяц В. А., Шедь К. В.....</p>	90

СОВРЕМЕННАЯ ДИНАМИКА МЕДИЦИНСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ
И СТРУКТУРА РЕНТГЕНОРАДИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Зиматкина Т. И., Александрович А. С., Маркевич Н. Б.	93
ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА	
Кузнецов О. Е.	95
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИКРОНУТРИЕНТНОГО СОСТАВА РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН-ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	
Лисок Е. С.	99
ОЦЕНКА ВЗГЛЯДОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Машкова А. Е., Монид А. С.	102
ПРОБЛЕМА СУИЦИДА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ	
Мулярчик О. С.	105
ОСОБЕННОСТИ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Пальцева А. И., Сеница Л. Н., Дырман Т. В.	107
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ МОГИЛЁВСКОЙ ГУБЕРНИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА	
Парфёнова Н. Н.	110
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ	
Побиванцева Н. Ф., Сурмач М. Ю.	113
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
Редькин Д. А., Плавская К. В.	116
МЕТОД КЕНГУРУ – ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ВЫХАЖИВАНИИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	
Сеница Л. Н., Толкач И. Г.	117
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПИЩЕВОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ МЯСА И СОЕВОГО ТЕКСТУРАТА	
Синкевич Е. В., Плечко А. Н.	120

СЕРОТОНИНСОДЕРЖАЩИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ	
Синкевич Е. В., Семенюк А. В.	124
КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ В РАЦИОНЕ БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИНЫ И ПЛОДА	
Синкевич Е. В., Шиманович А. В.	128
СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	
Сорокопыт З. В., Гаевская Е. А., Старжинская Ю. А.	131
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ	
Трусъ Е. И., Андросюк А. Г.	133
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЙОННОМ УРОВНЕ	
Трусъ Е. И., Чернюк В. В.	136
СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С КОСТНЫМИ КИСТАМИ	
Хотим О. А., Аносов В. С.	139
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ SARS-COV-2 У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С COVID-19	
Шейбак Л. Н., Можджер В. В., Бык М. Г.	142

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ

Воронко Е. В., Спасюк Т. И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Актуальность изучения студентами медицинских специальностей психолого-педагогических дисциплин обусловлена универсальностью психолого-педагогических знаний и умений. Комплексное изучение студентами человеческих возможностей, освоение способов развития творческого потенциала личности, воспитания (самовоспитания), социальной коммуникации и управления, эффективных моделей и технологий познания и образования, самообразования и акмеологического роста обеспечит успешное решение выпускниками учреждений высшего образования многих социально-личностных и профессиональных задач.

Цель. Изучить особенности психолого-педагогической подготовки сестринских кадров.

Методы исследования. Теоретико-библиографический анализ.

Результаты и их обсуждение. Преподавание психолого-педагогических учебных дисциплин начинается с психологии управления и основ психологии и педагогики. Затем изучается педагогическая, возрастная и социальная психология, педагогика и методика преподавания. Завершающим этапом обучения, связывающим теорию с практикой, является производственная педагогическая практика.

«Психология управления» способствует формированию у студентов научных представлений о психологической сущности процесса управления и приобретению первичных навыков по организации психологического сопровождения управленческой деятельности. Основной целью изучения учебной дисциплины «Основы психологии и педагогики» является формирование у будущих специалистов универсальных психолого-педагогических компетенций, обеспечивающих эффективное решение широкого круга социально-личностных и профессиональных задач в медицинской сфере.

«Педагогическая психология» содержит систематизированные научные знания о механизмах и закономерностях психической деятельности, условиях формирования личности в процессе обучения, воспитания, освоения человеком социокультурного опыта. Результат овладения знаниями по педагогической психологии выражается в умении ориентироваться в основных тенденциях современного образования, анализировать образовательную, учебную и педагогическую деятельность, учебно-педагогическое сотрудничество и общение. Освоение «Возрастной психологии» способствует формированию у студентов

представления о развитии психики в онтогенезе, закономерностях и динамике психического развития. Освоение возрастной психологии позволит студентам правильно организовать учебный процесс в медицинском колледже и эффективно использовать знания на практике, взаимодействовать с представителями различных возрастных групп с учетом их психологического возраста.

Изучение «Социальной психологии» позволит сформировать у студентов представление о теоретических подходах и методах социально-психологического исследования, механизмах и закономерностях общения и взаимодействия, условиях формирования личности в социальной среде, особенностях социального поведения, социально-психологических особенностях групп. Приобретенные знания способствуют развитию умений профессиональной коммуникации и эффективного социального взаимодействия в группе.

«Педагогика и методика преподавания» способствует становлению педагогической компетентности и развитию психологической готовности к профессиональной деятельности. Овладение знаниями теоретических основ современной педагогики, структуры процесса обучения и навыками использования педагогических технологий позволит эффективно организовать образовательный процесс, применять методы воспитания в конкретной педагогической ситуации.

Эффективность организации психолого-педагогической подготовки студентов зависит от возможностей моделирования и реализации элементов реальной, профессиональной деятельности. Наиболее адекватными и востребованными, на наш взгляд, являются игровые методы и методы анализа конкретных ситуаций.

Игровые методы представляют собой моделирование реальной деятельности и направлены на усвоение социальных отношений, самовыражение, формирование умения понимания состояния собеседника [2]. Игры на взаимодействие направлены на формирование благоприятного психологического климата в группе, приобретение навыков эффективной коммуникации на основе распознавания невербальных сигналов [3]. Коммуникативные игры позволяют отработать навыки поведения в дискуссии, умение вести диспут, изучить динамику группового спора, видеть существенные признаки предметов, развивать эмпатические и рефлексивные способности [1]. Ролевые игры направлены на воспроизведение действий и отношений других людей или персонажей какой-либо истории, как реальной, так и выдуманной, что способствует формированию умений понимать состояние и поведение другого человека [1]. Метод анализа конкретных ситуаций направлен на формирование навыков анализа реальных ситуаций с учётом вербальных и невербальных реакций героев конкретной ситуации; формирование навыков формулирования проблемы; применение в процессе решения конкретной ситуации способов, средств и критериев анализа, приобретённых студентами в процессе предшествующего обучения.

Опыт использования интерактивных методов в подготовке медицинских сестёр в вузе достаточно большой, такие занятия применяются в ходе освоения всех психолого-педагогических дисциплин. Усвоение учебного материала реализуется через моделирование и репетицию конкретного аспекта коммуникативного поведения (оснащение участников схемами и скриптами поведения в любых ситуациях, происходит практическая отработка определённых навыков и умений).

Так, например, в рамках дисциплины «Социальная психология» для анализа конкретных ситуаций предлагаются ситуации-иллюстрации, видеофильмы, мультфильмы (например, фильм «Новая земля», Россия; спектакль Е. Гришковца «Как я съел собаку», Россия; мультфильм «Конфликты», Россия). После просмотра студенты пишут отчёт, какие психологические явления они увидели в этом фильме или мультфильме. В процессе решения этой задачи студенты используют свой опыт и полученные знания по психологии и педагогике. Обсуждение кинофильмов и театральных постановок способствует стимулированию механизмов рефлексии, идентификации, атрибуции, ассоциации и самооценивания.

Систематизируя и обобщая опыт применения интерактивных методов на учебных занятиях, можно сказать, что это направление перспективно в обучении студентов, являясь фактором развития познавательной активности студента, обеспечивая, тем самым, реализацию познавательного потенциала каждого студента. Такие занятия позволяют студентам выработать собственную траекторию поведения в профессиональной деятельности, сформировать коммуникативные, конструктивные и рефлексивные умения.

Углублению и расширению специальных знаний, совершенствованию профессиональных умений и навыков в области педагогической деятельности способствует прохождение студентами педагогической практики. Для студентов медицинского университета производственной базой проведения практики являются медицинские колледжи. Практика рассчитана на четыре недели, осуществляется в соответствии с учебными планами. Студент выполняет все функции преподавателя, в полном объёме решает те задачи, которые есть в реальных ситуациях педагогического взаимодействия. Практика в медицинском колледже даёт возможность соединить теоретическую подготовку с формированием практических навыков и получить обратную связь со стороны медицинских учреждений о качестве обучения.

Выводы. Изучение психолого-педагогических дисциплин в медицинском университете позволяет приобрести навыки профессиональной деятельности и конструктивного взаимодействия: организовывать совместную деятельность и сотрудничество, продуктивно общаться, предупреждать и разрешать конфликты, решать социально-воспитательные задачи в трудовом коллективе и управлять им, стимулировать собственный личностно-профессиональный рост, развивать творческий потенциал, формировать собственный деловой имидж.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вачков, И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники : учеб. пособие / И. В. Вачков. – М. : Ось-89, 1999. – 176 с.
2. Журлова, И. В. Игра-драматизация в педагогическом процессе вуза / И. П. Журлова // Проблемы выхавання. – 2006. – № 1. – С. 42–46.
3. Цзен, Н. В. Психотренинг: игры и упражнения / Н. В. Цзен, Ю. В. Пахомов. – М. : Класс, 1999. – 258 с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» ПУТЕМ ИНТЕГРАЦИИ С МЕДИЦИНСКИМИ КОЛЛЕДЖАМИ

Дежиц Е. В., Хильмончик Н. Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Особенностью высшего сестринского образования является то, что обучение базируется на среднем медицинском образовании соответствующего профиля с учетом достигнутого уровня профессиональных знаний и умений по специальности. Иными словами, студентами высшего сестринского образования вуза могут стать лица, окончившие медицинские училища или колледжи и получившие квалификацию медсестры, акушерки или фельдшера. Нормативный срок освоения основной образовательной программы подготовки по специальности при очной форме обучения составляет 4 года.

Методы исследования. Объектом исследования являлся *сравнительный анализ* процесса реализации образовательных стандартов медицинских колледжей и вузов.

Целью исследования являлась разработка более совершенной теоретико-методологической основы образовательного стандарта по сестринскому делу. Целью высшего профессионального образования для медсестер является подготовка специалистов к педагогической и управленческой деятельности в области сестринского дела.

Результаты их обсуждения. Главной целью реформы образования является подготовка совершенно нового поколения специалистов, хорошо знающих свое дело, ориентированных на достижение высоких результатов в охране здоровья населения, воспитанных в духе лучших традиций и достижений отечественной и мировой культуры, способных работать в условиях рыночной экономики.

Перед университетом, приступившим к обучению специалистов нового профиля, была поставлена стратегическая цель – подготовить квалифицированные педагогические и управленческие сестринские кадры, способные на высоком профессиональном уровне решать задачи развития отрасли на основе принципов научного управления, рационального использования ресурсов, технологического совершенствования, реализации и развития кадрового потенциала.

Система профессионального образования ставит задачу обеспечить дифференцированную подготовку сестринских кадров в зависимости от потребностей населения и рынка услуг. Важным шагом совершенствования профессионального образования и необходимым условием обеспечения качества сестринской помощи населению является развитие государственной системы многоуровневой подготовки сестринских кадров, что подразумевает подготовку квалифицированных сестринских кадров, обладающих компетентностью не только в области профессионального ухода за больными, но и в вопросах эффективной управленческой деятельности.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) продолжительность подготовки медсестер в России и других республиках бывшего Союза была самой короткой в Европейском регионе, уровень и содержание профессионального образования не соответствовали международным требованиям и стандартам.

Становилось все более очевидным, что изменение сестринской практики невозможно без реформирования сестринского образования, системы управления сестринскими кадрами и развития прикладных научных исследований в области сестринского дела.

Первый факультет высшего сестринского образования был открыт в 1991 году в МГМУ им. И. М. Сеченова. Здесь начали готовить студентов по программам специалиста и присваивать им по окончании обучения квалификацию «менеджер», что позволяло выпускникам претендовать на руководящие должности в медицинских учреждениях.

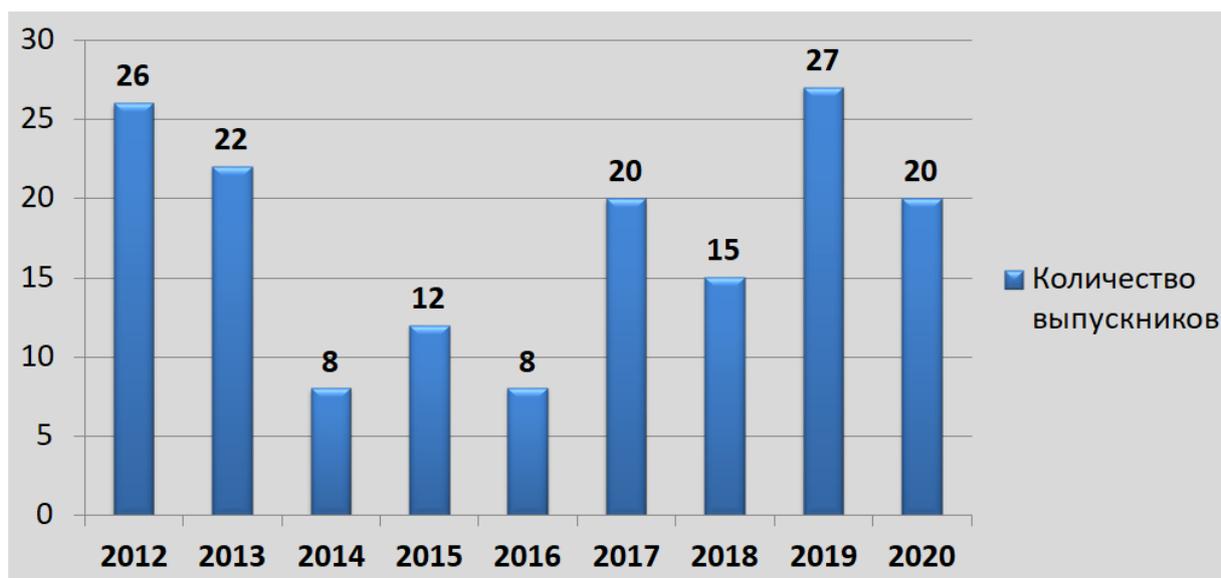
Вслед за пилотной программой МГМУ отделения ВСО были открыты более чем в 40 медицинских вузах страны.

Согласно приказа МЗ РФ «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения», обладатели дипломов о ВСО, пройдя после выпуска интернатуру или ординатуру по специальности «Управление сестринской деятельностью», могут получить должность заместителя главного врача, директора или заведующего медицинской организации, главной медсестры, главной акушерки, главного фельдшера, директора хосписа, директора дома сестринского ухода, руководителя структурного подразделения, врача-статистика и врача-методиста.

Кроме того, диплом менеджера с ВСО позволяет продолжить обучение в магистратуре, проводить научные исследования, работать над кандидатскими и докторскими диссертациями.

В подавляющем большинстве случаев старшими и главными медицинскими сестрами лечебно-профилактических учреждений работают специалисты, проявившие определенные организаторские способности, но не обладающие необходимыми умениями в области менеджмента, психологии, педагогики, экономики, права и др. Эти специалисты нуждаются в дополнительной подготовке в медицинских образовательных учреждениях по специальности «Сестринское дело».

Следует отметить, что в последние годы повысилась заинтересованность работающих медсестер со стажем в получении высшего образования. В связи с этим в соответствии с решением, совместно принятым Минздравом и Минобразования, в университете открыли прием на заочное отделение для работающих медсестер с большой мотивацией к обучению. В настоящее время именно заочная форма обучения является самой распространенной и востребованной, на ее долю приходится 100% всех студентов. С 2022 года возвращается прием на очную форму обучения.



Учитывая данные тенденции, медицинские учебные заведения по всему миру постепенно переходят от традиционного дисциплинарно-ориентированного учебного плана к интегрированному.

Во исполнение приказа О вопросах подготовки к реализации интегрированной образовательной программы высшего образования I ступени по специальности «Сестринское дело» от 08 апреля 2021 г. № УО «Гродненский государственный медицинский университет» провел сравнительный анализ аудиторных часов и наполняемости учебных программ по учебным дисциплинам в соответствии с учебным планом учреждения

высшего образования по специальности 1 – 79 01 06 «Сестринское дело» и по соответствующим, предлагаемым к интеграции, учебным дисциплинам в соответствии с типовыми учебными планами по специальностям 2-79 01 01 «Лечебное дело» и 2-79 01 31 «Сестринское дело» среднего специального образования.

Суммарное количество учебных часов, которое предполагается перезачесть по всем дисциплинам в высшем учебном заведении составляет 964 часа, что свидетельствует о возможности проведения интеграция образовательной программы высшего образования I ступени по специальности 1-79 01 04 «Сестринское дело» для выпускников медицинских колледжей по специальностям 2-79 01 01 «Лечебное дело» и 2-79 01 31 «Сестринское дело» с сокращением срока обучения в высшем учебном заведении на один год.

Проект стандарта нового поколения 3+ предусматривает следующие основные виды профессиональной деятельности медицинской сестры-бакалавра: лечебно-диагностическую; реабилитационную; медико-профилактическую; организационно-управленческую; исследовательскую.

Ориентируясь на мировые тенденции, требуется расширение самостоятельных направлений деятельности и функциональных обязанностей специалистов сестринского дела, их активное участие в системе оказания медицинской помощи вне организации здравоохранения. В этой связи необходимо предусмотреть разработку научно обоснованных подходов к организации деятельности специалистов сестринского дела в условиях инновационного развития, освоение новых технологий сестринского дела на рабочем месте.

Ежегодно выпускается 25 специалистов с высшим образованием по специальности Сестринское дело с присвоением квалификации медицинская сестра с высшим образованием, вместе с тем, только 1 из 25 занимает должность старшей (главной) медицинской сестры, остальные работают на должностях медицинских сестер и (или) преподавателями в медицинских колледжах.

Руководителям организаций здравоохранения необходимо проводить системную работу по назначению на должности главных и старших медицинских сестер преимущественно медицинских сестер с высшим образованием. При этом, кадровый вопрос может быть решен посредством увеличения приема на заочную форму обучения по специальности Сестринское дело путем целевого направления лиц работающих в организациях здравоохранения в должности медицинской сестры.

Требуется реструктуризация подготовки специалистов сестринского дела с высшим образованием через интеграцию образовательных программ среднего специального образования по специальностям 2-79 01 31 Сестринское дело, 2-79 01 01 Лечебное дело и высшего образования по специальности Сестринское дело.

Это позволит значительно сократить срок обучения медицинских сестер с высшим образованием, оптимизировать временные и финансовые затраты на их подготовку. В свете современных международных тенденций в сестринском деле следует рассмотреть вопрос подготовки медицинских сестер с высшим образованием в магистратуре по специальности Сестринское дело с профилизацией: Организация здравоохранения и общественное здоровье, научно-исследовательская, педагогическая деятельность, медицинская реабилитация, валеология, диетология. Это расширит возможности трудоустройства медицинских сестер с учетом их квалификации на должности, не требующие компетенций врача специалиста.

Выводы. Основными направлениями развития сестринского дела в области совершенствования системы непрерывного профессионального образования специалистов сестринского дела являются: – совершенствование учебно-программной и учебно-методической документации среднего специального медицинского образования:

- ✓ внесение дополнений в образовательные программы по специальностям Сестринское дело, Лечебное дело в части требований к содержанию профессиональной деятельности специалистов по организации командной работы при реализации принципа общей врачебной практики;
- ✓ проработка вопроса сокращения срока обучения по специальности высшего образования Сестринское дело через реализацию образовательной программы, интегрированной с образовательными программами среднего специального образования по специальностям Лечебное дело, Сестринское дело и внесение соответствующих предложений в Министерство образования;

Современные тенденции развития медицинского образования, а именно необходимость перехода от традиционных образовательных программ к интегрированным программам, ориентации образовательных программ на потребности системы здравоохранения и на достижение конечных результатов обучения, внедрения эффективных образовательных стратегий требуют изменения принципов подготовки медицинских специалистов как на додипломном, так и на последипломном уровне, что тесно взаимосвязано с формированием и развитием основных компетентностей преподавателей медицинских вузов и изменением отношения студентов к освоению медицинской образовательной программы.

КОГДА ПРОФЕССИЯ – ВТОРАЯ ЖИЗНЬ

Заборовский Г. И., Трусъ Е. И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В 2021 году исполнился 21 год с начала преподавательской работы на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета доцента Хильмончик Натальи Евгеньевны [1].

Цель. Изучение биографических данных и творческой деятельности Н. Е. Хильмончик.

Методы исследования. На основе архивных и литературных материалов представлены основные вехи жизненного пути доцента Н. Е. Хильмончик: санитарка, палатная медицинская сестра, медсестра операционного блока, главная медицинская сестра, преподаватель медицинского университета.

Результаты и их обсуждение. Н. Е. Хильмончик родилась в г. Азов Ростовской области, позже семья переехала в Белоруссию в г. Пинск. По окончании средней школы в 1983 году Наталья Евгеньевна начала познавать медицину в Пинском медицинском училище. Учебу совмещала с работой в качестве санитарки хирургического отделения больницы, что помогло еще больше проникнуться чувством сострадания, милосердия и желанием помочь пациентам. Окончила медицинское училище в 1985 году и работала палатной медицинской сестрой, медицинской сестрой физиотерапевтического отделения. Наталья Евгеньевна трудилась с полной отдачей, одновременно познавая и осваивая тайны профессии. Однако её всегда привлекала работа в хирургии. Практические навыки в полной мере пригодились в Узловой клинической больнице г. Гродно, куда она перешла в 1992 году, и в течение шести лет трудилась медицинской сестрой операционного блока. Здесь в полной мере проявились такие черты ее характера, как трудолюбие, добросовестность, организованность, умение работать в коллективе.

Будучи уже матерью двоих детей, Хильмончик Н. Е. поступила в 1995 году на дневное обучение в Гродненский государственный медицинский институт на отделение медицинских сестер с высшим образованием, который закончила с отличием в 1999 году. Опыт работы и организационные способности явились основанием для назначения на должность главной медицинской сестры территориального медицинского объединения № 1 г. Гродно. Здесь она проявила себя как опытный руководитель среднего медицинского звена.

Стремление к совершенствованию своих знаний, пытливость ума привели ее в сентябре 2000 года на должность преподавателя-стажера кафедры общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного

медицинского университета. В октябре 2001 года Наталья Евгеньевна была избрана на должность ассистента, а спустя шесть лет – старшего преподавателя кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Преподаёт на кафедре ряд дисциплин: общественное здоровье и здравоохранение, теорию сестринского дела, медицинское делопроизводство, историю медицины, биомедицинскую этику. Основным направлением научной работы её явилось воссоздание целостной объективной истории развития сестринского дела Беларуси, изучено более 170 материалов архивных документов, большинство из которых впервые введено в научный оборот. Непосредственно в работе использованы фонды Национального исторического архива Беларуси, Национального исторического архива Республики Беларусь в Гродно, Национального архива Республики Беларусь, Государственных архивов Брестской, Витебской, Гомельской, Гродненской, Минской и Могилевской областей. Кропотливая работа позволила собрать материал, написать и подготовить к защите кандидатскую диссертацию. Н. Е. Хильмончик в 2007 г. успешно защитила диссертацию «Роль среднего медицинского персонала в охране здоровья населения Белоруссии (1795-2006 гг.)» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук в диссертационном совете при Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья и здравоохранения Российской академии медицинских наук. Спустя год по результатам переаттестации Постановлением Президиума ВАК Республики Беларусь была подтверждена ученая степень кандидата медицинских наук. Научные материалы исследования Хильмончик Н. Е. приняты в научно-вспомогательный фонд Республиканского музея истории медицины Беларуси, используются в организационно-нравственной и идеологической работе Белорусского общественного объединения медицинских сестер, Гродненского областного общества Красного Креста

Наталья Евгеньевна – автор более 130 печатных работ, опубликованных в сборниках материалов конференций, научных журналах РБ, СНГ и Польши. Исследования посвящены вопросам истории и современного состояния среднего медицинского персонала, совершенствования его деятельности. За время работы на кафедре издана монография «Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006)» [2].

Хильмончик Н. Е. обладает высокой компетентностью в вопросах учебного, методического и воспитательного процесса на кафедре. С ее участием разработаны пособия по истории медицины «Развитие сестринского дела Белоруссии в 19 веке», «Развитие сестринского дела в Беларуси в 20 веке», учебно-методическое пособие «Медицинское делопроизводство».

Наталья Евгеньевна стремится повышать свой профессиональный уровень. Высокую квалификацию укрепили курсы повышения квалификации в Российской медицинской академии последипломного образования, по организации сестринского дела в Краковском университете, Республиканском институте высшей школы.

В марте 2009 года Ученым советом Гродненского государственного медицинского университета избрана на должность доцента кафедры общественного здоровья и здравоохранения, а в апреле 2010 года Постановлением Президиума ВАК Республики Беларусь Хильмончик Н. Е. присвоено ученое звание доцента по специальности «профилактическая медицина».

В 2013-2015 годах заведовала клинической ординатурой и интернатурой университета. Особое внимание доцент Н. Е. Хильмончик уделяет медико-диагностическому факультету, более 20 лет являясь секретарем ученого совета факультета. За заслуги перед здравоохранением награждена Почетными грамотами Гродненского облисполкома и медицинского университета, имеет многочисленные благодарности за многолетнюю и добросовестную работу и значительный вклад в развитие здравоохранения.

Ежегодно под руководством Хильмончик Н. Е. студенты кафедрального студенческого научного общества участвуют в научной работе и с докладами выступают на студенческих республиканских и международных конференциях. Совместная научно-исследовательская деятельность способствовала опубликованию более 80 научных статей и тезисов. В Республиканском конкурсе студенческие научные работы отмечены дипломами первой и второй степени, одна работа получила звание «Лауреат» (2019 г.). Научный руководитель трёх магистерских диссертаций: «Оценка здорового образа жизни детей в многодетных семьях», «Анализ адаптации к профессиональной деятельности врачей-интернов», «Статус питания как основной фактор образа жизни населения Гродненской области Республики Беларусь».

Выводы. Коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения желает Наталье Евгеньевне Хильмончик доброго здоровья, оптимизма, благополучия и успехов в научной и преподавательской деятельности, жизненной энергии для свершения всех задумок и желаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хильмончик Н. Е., Тищенко Е. М., Заборовский Г. И. Социальный портрет среднего медицинского персонала // Труды Гродненского государственного медицинского университета (к 45-летию университета). – Гродно, 2003. – С. 9–12.
2. Мирский, М. Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006): Монография / М. Б. Мирский, Е. М. Тищенко, Н. Е. Хильмончик. – Гродно : ГрГМУ, 2008. – 160 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» НА КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Зиматкина Т. И., Александрович А. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Достижения современной медицины и стремительное увеличение объема научной и практической информации, значительно повышают требования к радиационно-экологической подготовке, уровню научных знаний и навыков использования современных методов медицинской визуализации у специалистов медицинского профиля, в том числе медицинских сестер с высшим образованием. Современные особенности практического здравоохранения требуют оптимального решения учреждениями образования как текущих, так и связанных с перспективой задач. Поэтому в настоящее время осуществляется процесс активного реформирования образования в медицинских ВУЗах на инновационной основе, которая нацелена на подготовку нового уровня специалистов, способных умело анализировать, обобщать и систематизировать имеющуюся информацию, генерировать новые знания и внедрять в медицинскую практику полученные в ВУЗе знания [1-3].

Цель. Анализ организации учебного процесса у студентов медико-диагностического факультета по специальности «Сестринское дело» на кафедре лучевой диагностики и терапии.

Методы исследования. В работе использованы сравнительно-оценочный и аналитический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Повышение академической компетентности студентов медико-диагностического факультета по экологической и радиационной медицине является своевременным и актуальным в связи со сложившейся в Республике Беларусь напряженной радиационно-экологической обстановкой, широкого применения различных ксенобиотиков в различных сферах народного хозяйства, экологической обусловленности основных заболеваний и масштабного применения лучевых методов для диагностики и терапии нарушений здоровья.

Два раздела учебной дисциплины «Радиационная и экологическая медицина» отражают значимость воздействующих факторов, учитывают возрастающие нагрузки на организм человека и преподаются на кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии у студентов по специальности «Сестринское дело» (заочная форма обучения).

«Экологическая медицина» рассматривает аспекты формирования ответных реакций организма человека на действующие физико-химические и биологические нагрузки. В данном разделе изучаются особенности формирования экологически обусловленной патологии, методы профилактики средовых заболеваний и подходы к диагностике и лечению пациентов с учетом воздействия основных загрязнителей окружающей среды.

«Радиационная медицина» включает вопросы для изучения механизмов формирования повреждений при действии ионизирующих излучений и возможные варианты минимизации неблагоприятных последствий данного воздействия, методы снижения и оптимизации медицинского облучения и радионуклидов, рассеянных в окружающей среде в результате деятельности человека. Дисциплина учитывает необходимость снижения уровня радиационно-химического воздействия на население и особенности радиоэкологической ситуации в Республике Беларусь.

Развитие представлений об универсальности ответных реакций организма и механизмов адаптации достигается интеграцией отдельных разделов учебных программ в единое целое, что позволяет систематизировать научные знания и методики, используемые в медицине. Итогом преподавания учебных дисциплин на кафедре является приобретение студентами научных знаний: о рисках развития и патогенетических механизмах формирования радиационно-экологически обусловленной патологии, методах проведения индивидуальной и популяционной профилактики средовых заболеваний и патологических состояний, обусловленных хроническим низкодозовым физико-химическим и биологическим воздействием; о патологических изменениях в органах и системах организма человека и связи обнаруженного комплекса синдромов с определенным заболеванием.

Теоретическая подготовка студентов осуществляется путем чтения лекций, проведения лабораторных занятий, самостоятельного изучения рекомендуемой литературы, материалов лекций и электронных учебно-методических комплексов. Практические навыки и умения формируются в ходе лабораторных занятий, которые проводятся в учебных классах, кабинетах и лабораториях с использованием современного оборудования, приборов и аппаратов. Текущий контроль уровня знаний проводится в письменной, устной форме или путем тестового контроля знаний с использованием персональных компьютеров. На практических занятиях студенты получают информационные и раздаточные материалы с алгоритмами выполнения заданий, решают разноплановые ситуационные задачи, что обеспечивает практико-ориентированное обучение и лучшую подготовленность будущих специалистов к самостоятельной профессиональной деятельности.

Реферативные работы, формирующие творческий потенциал студентов, защищаются в виде мультимедийной презентации перед всей группой.

Итоговый контроль уровня знаний студентов проводится путем компьютерного тестирования и выполнения контрольной работы по предметам.

Выводы. Таким образом, используемые алгоритмы преподавания радиационной и экологической медицины студентам медико-диагностического факультета по специальности «Сестринское дело» на кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии позволяют сформировать у обучающихся высокий уровень знаний и требуемые образовательным стандартом и учебной программой необходимые теоретические и практические навыки. В результате преподавания и изучения учебных дисциплин студенты приобретают академическую компетенцию о: современной радио-экологической ситуации; особенностях поведения радионуклидов в различных экосистемах; формировании радиационных поражений человека; медико-биологических последствиях действия ионизирующих излучений и принципах снижения радиационного воздействия на пациентов; методах профилактики и коррекции возможных радиационно-экологических воздействий на население.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зиматкина, Т. И. Об использовании инновационных методов обучения и рейтинговой системы оценки деятельности студентов для повышения эффективности их радиационно-экологической подготовки / Т. И. Зиматкина, А. С. Александрович // Наука и образование: проблемы, идеи, инновации. – 2020. – Т. 28 (4). – С.10–12.
2. Зиматкина, Т. И. Рейтинговая система оценки знаний студентов по радиационной и экологической медицине / Т. И. Зиматкина, А. С. Александрович // Современные вопросы радиационной и экологической медицины, лучевой диагностики и терапии: сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, Гродно, 24–25 сентября 2020 г. – Гродно, 2020. – С.155–157.
3. Александрович, А. С. Тренд медицинского облучения при проведении рентгенорадиологических исследований населения Республики Беларусь [Электронный ресурс] / А. С. Александрович, Т. И. Зиматкина // Материалы Респ. с междунар. уч. науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию Гродненского государственного медицинского университета, Гродно, 28 сент. 2018 г. ; отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно, 2018. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЙ ПО БИОХИМИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА (ЗАОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ)

Леднева И. О., Мамедова А. Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В связи с пандемией SARS-CoV2 обучение студентов в зимнюю сессию 2020-2021 учебного года было организовано в дистанционном формате. Дистанционное обучение реализуется в основном с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном

или не полностью опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника [1]. Эффективным элементом учебно-методического обеспечения образовательного процесса и управления подготовкой специалистов является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК). В условиях перехода обучения в формат дистанционного значение ЭУМК как инструмента управления образовательным процессом значительно возрастает. Главным элементом данного формата обучения является специализированное программное обеспечение Moodle. Все элементы ЭУМК были размещены на платформе Moodle. Система Moodle (или МООДУС – модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда) – свободная система управления обучением, предназначенная, прежде всего, для организации взаимодействия между преподавателем и студентами [2]. Эта система может быть использована как для организации дистанционных курсов, так и для поддержки очного обучения.

Цель. Обобщить опыт применения дистанционного обучения при проведении занятий по дисциплине «Биологическая химия» для студентов медико-диагностического факультета по специальности 1-79 01 06 «Сестринское дело» заочной формы обучения.

Методы исследования. При организации учебного процесса для студентов 2 курса медико-диагностического факультета по специальности 1-79 01 06 «Сестринское дело» заочной формы обучения на платформе Moodle были размещены все сопроводительные документы ЭУМК дисциплины «Биологическая химия»: учебная программа, календарно-тематический план лекций и занятий, учебные пособия по биохимии, мультимедийные презентации лекций, учебно-методические рекомендации к занятиям, раздел с материалами к лабораторным занятиям и блок контроля знаний.

Для оперативной коммуникации со студентами использовался интернет-мессенджер Viber, где был создан чат для каждой учебной группы. В данный чат за 2 дня до начала занятий были отправлены сообщения с информацией о формате проведения последних с дальнейшими инструкциями. В указанном режиме работали 2 группы медико-диагностического факультета 2 курса специальности «Сестринское дело».

Результаты и их обсуждение. Занятия и лекции со студентами факультета проводились в online-режиме с использованием платформы Zoom. Календарно-тематический план лекций и занятий строился в соответствии с типовой учебной программой по дисциплине «Биологическая химия» и включал 3 лекции и 7 занятий.

Структура online-занятия включала следующие этапы:

1. Вводный этап – организационный момент, формулировка целей учебного занятия, мотивационное обеспечение и контроль исходного уровня подготовки студентов (входной контроль).

2. Основной этап – этап, на котором реализуются дидактические цели и задачи занятия.

3. Завершающий этап – проверка эффективности занятия [3].

Кроме того, на завершающем этапе студентам давались инструкции и задания для подготовки к следующему занятию.

Степень подготовки и усвоения полученных знаний контролировали путем устного опроса и выполнения тестов в онлайн режиме. Тесты включали по 25 вопросов по каждой из указанных тем и размещались для прохождения на платформе Moodle.

В учебном процессе были использованы и другие формы контроля знаний: подготовка конспектов по вопросам теоретического раздела, решение ситуационных задач по всем разделам, подготовка метаболической карты по теме «Аминокислотный обмен», заполнение таблицы по теме «Гормоны». Конспект как методический приём самостоятельной работы учащихся с учебником и дополнительной литературой является распространённой формой преобразования текстовой информации. Конспектирование учебного материала помогает хорошо усвоить информацию, а также воспроизвести в памяти пройденное, обеспечивает более эффективное усвоение учебного материала, позволяет формировать логические связи между понятиями, входящими в конспект, что способствует более глубокому усвоению учебного материала. Опыт проверки конспектов как формы контроля знаний на кафедре был приобретен в 2020-2021 учебном году в связи с переходом на дистанционное обучение в период распространения коронавирусной инфекции. Требования, предъявляемые к конспекту, были следующие: он должен быть рукописным, наличие формул, реакций, схем биохимических процессов и механизмов их регуляции, систематизация конспектируемого материала с применением выделения цветом, подчеркивания, перечисления по пунктам, составления таблиц и блок-схем [4]. Изображения конспектов студенты высылали преподавателю по электронной почте или через мессенджеры к назначенному времени в день занятия.

В формировании умения структурирования информации важное место отводится работе обучающихся с таблицами. Заполнение таблиц позволяет проконтролировать умения учащихся анализировать, классифицировать и приводить знания в систему, выделять наиболее существенные признаки. При заполнении таблицы по теме «Гормоны» студенты имели возможность систематизировать знания о химической природе гормонов, механизмах их действия, биологических эффектах, проявлений недостатка и избытка гормонов.

Важным методологическим приёмом образовательного процесса является использования ситуационных задач. Специфика ситуационной задачи заключается в том, что она носит ярко выраженный практико-ориентированный характер, способствует формированию творческого профессионального мышления, активизации умственных действий студента через собственную познавательную деятельность. Ситуационные задачи различных уровней сложности отправлялись студентам на электронную почту и с момента отправки для их решения давался 1 час. При работе с метаболической картой

было необходимо выполнить следующие задания: указать пути превращения аминокислот в тканях, тканевое обезвреживание аммиака, биосинтез мочевины и др.

Разнообразие использованных форм не только позволяло более глубоко выполнять контроль знаний, но и повышало вовлеченность студентов в учебный процесс. Следует отметить, что студенты добросовестно и своевременно выполняли все виды заданий и предоставляли материалы в необходимый срок. Кроме того, студенты были довольны данным форматом проведения занятий, поскольку материал хорошо прорабатывался.

Выводы. Опыт проведения занятий в дистанционном формате для студентов 2 курса медико-диагностического факультета по специальности 1-79 01 06 «Сестринское дело» заочной формы обучения показал, что данная форма образовательного процесса может успешно применяться в рамках текущей эпидемиологической ситуации. Возникающие, на первый взгляд, опасения касательно некачественного усвоения знаний являются полностью неоправданными. Дистанционное обучение имеет ряд преимуществ: выполнение заданий в собственном темпе, в удобное время суток, индивидуальные пути изучения, разноуровневые задания, разнообразие форм контроля, что превращает обучение в творческий процесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корба, О. А. Дистанционное обучение в условиях пандемии: проблемы и перспективы / О. А. Корба // Образование и педагогика: теория и практика : материалы Всеросс. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 4 дек. 2020 г.) / редкол.: Ж.В. Мурзина [и др.] – Чебоксары: ИД «Среда», 2020. – С. 37-40.

2. Смирнов, А. И. Опыт применения дистанционных образовательных технологий для повышения качества самостоятельной работы студентов в Уральском институте экономики, управления и права / А. И. Смирнов, Е. А. Смирнова, Е. Н. Корнякова // Вестник Уральского института экономики. Управления и права, 2012. – С. 76-83.

3. Леднева, И. О. Алгоритм проведения занятия по дисциплине «биологическая химия» / И. О. Леднева // Актуальные проблемы биохимии : сборник материалов научно-практической конференции с международным участием [Электронный ресурс] / В. В. Лелевич (отв. ред.), А. Г. Веницкая, И. О. Леднева. – Электрон. текстовые дан. и прог. (объем Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2021. – С. 43-46.

4. Петушок, Н. Э. Методические подходы и приемы при использовании информационно-коммуникационных технологий для обучения иностранных учащихся / Н. Э. Петушок, А. В. Наумов // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой научно-практической конференции (28-29 января 2021 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. Е. Н. Кроткова. – Гродно : ГрГМУ, 2021. – С. 674-676.

РЕАЛИИ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Матвейчик Т. В., Вальчук Э. А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Разработке стратегических направлений по укреплению сестринских и акушерских служб, обеспечивающих доступность и основной объем первичной медицинской помощи не только в Республике Беларусь [1], но и в мире [5; 8; 11] способствует планирование в области общественного здоровья и сестринского образования.

Неотъемлемая часть системы здравоохранения Республики Беларусь – сестринское дело – нуждается в притоке медицинских сестер (МС) и акушерок, что подчеркнуто в Отчете о состоянии сестринского дела в мире (ВОЗ, 2020), в котором государственных деятелей и политиков призывают к увеличению инвестиций в образование МС и к повышению их роли в глазах общества [6].

Цель. Изучить реалии высшего дополнительного образования главных (старших) МС.

Методы исследования. Аналитический, статистический, социально-гигиенический.

Результаты и их обсуждение. Актуальным для успешного развития идей по сестринскому делу и сотрудничества Министерства здравоохранения Республики Беларусь с государственным учреждением образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО) и БелООМС стало утверждение «Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы» [13].

К основным задачам оптимизации образования МС относят совершенствование системы подготовки, обновление содержания и форм обучения специалистов со средним специальным образованием, проведение научных исследований по сестринскому делу [4; 9; 12] согласно Плану мероприятий (дорожной карте) по реализации Концепции [10].

Для осуществления задач в сохранении и укреплении здоровья населения необходимы профессионально подготовленные кадры, включающие более 10% главных (старших) МС, обеспечивающих планирование, организацию, мотивацию и контроль деятельности средних медицинских работников [8]. Главное наследие Ф. Найтингейл – организация обучения средних и младших медицинских работников и реорганизация преподавательского состава согласно принципа «Равный обучает равного» – продолжено в совершенствовании качества дополнительного образования для сестринских руководителей в БелМАПО. Сохраняет актуальность рекомендация ВОЗ в отношении развития

сестринского дела на научной основе, требующая новых финансовых и иных форм мотивации.

В Республике Беларусь удалось сохранить научную школу по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (руководитель – доктор медицинских наук профессор Э. А. Вальчук).

Последователем идей развития сестринского образования, пионером в организации высшего сестринского образования в Республике Беларусь с 1999 г. являлся безвременно ушедший доктор медицинских наук профессор Е. М. Тищенко, историк медицины, первый заведующий кафедрой и декан сестринского факультета в УО «Гродненский государственный медицинский университет» (ГрГМУ) [7].

Союз Вальчука Э. А. и д.м.н. Е. М. Тищенко обеспечил разграничение полномочий и высокий уровень эффективности, а также мотивацию к научным исследованиям выпускников и кадрового резерва.

Базовое образование МС с высшим образованием осуществляет ГрГМУ, повышение квалификации для сестринских руководителей – БелМАПО, переподготовку – государственное учреждение образования «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов». На отделениях повышения квалификации и переподготовки дополнительное образование проводится в 14 медицинских колледжах в очной (дневной) форме получения образования согласно образовательным стандартам и единым типовым учебным планам по 11 специальностям.

Определенное место в создании учебно-программной, учебно-методической документации и организаторской деятельности по специальности 1-79 01 31 «Сестринское дело» принадлежит педагогическому коллективу кафедры ОЗиЗ БелМАПО [7; 10].

Анализ состояния обучения главных (старших) МС на кафедре ОЗиЗ БелМАПО позволил выявить новые возможности для актуализации взаимодействия образования и практики.

Выводы. Обеспечению прогресса в достижении Цели устойчивого развития 3 способствует расширение функций специалистов сестринского дела оперативного и тактического уровней управления, подготовленное стратегией в появлении новых ступеней образования для МС в форме бакалавриата и магистратуры, поддержке права МС на большее влияние на принятие управленческих решений, касающихся сестринского дела [16, 18].

Совершенствование функциональных обязанностей и разделение сфер ответственности между врачами общей практики, помощниками врача и МС позволяют придать большей самостоятельности для осуществления чего потребуется высшее образование для значительного числа МС[3,10].

Усилия профессоров Вальчука Э.А., Тищенко Е.М. и их последователей в Республике Беларусь свидетельствует о верно выбранном стратегическом направлении развития сестринского дела и успешном результате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиографический справочник): науч.-метод. изд. сотрудников БелМАПО / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2014. – 32 с.
2. Матвейчик Т. В. Управление сестринской деятельностью: научное издание / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2021. – 248с.
3. Матвейчик Т. В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее: научное издание / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2020. – 224с.
4. Матвейчик, Т. В. Влияние научной школы по общественному здоровью на обучение главных медицинских сестер в Белорусской медицинской академии последиplomного образования / Т. В. Матвейчик // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – № 54–1. – С. 93–97.
5. Матвейчик, Т. В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2018. – 171с.
6. Матвейчик, Т. В., Тищенко Е. М. Теория сестринского дела: учебное пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск: Вышэйшая школа, 201 – 366с.
7. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.
8. Матвейчик, Т. В., Иванова, В. И. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с.
9. Матвейчик Т. В. Организация сестринского дела: учебное пособие / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: Высшая школа, 2006. – 301с.
10. Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2020 г., № 1438.
11. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы : дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021 г.
12. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2020. – 144 с.
13. Тищенко Е. М. История медицины в 20 веке: монография / Е. М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2002. – 444 с.

АНАЛИЗ КАДРОВОГО СОСТАВА И МНЕНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОБ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОЙ

Мулярчик О. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Важная роль в оказании и обеспечении доступности медицинской помощи населению принадлежит среднему медицинскому персоналу. В свою очередь качество оказываемой лечебно-профилактической помощи будет зависеть от кадрового состава средних медицинских работников, уровня их профессиональной подготовки, мотивации деятельности, удовлетворенности своим трудом.

Цель – проанализировать кадровый состав и удовлетворенность работой среднего медицинского персонала.

Методы исследования. Для реализации поставленной цели на основе базы сервиса Google-формы была разработана анкета, включающая следующие разделы: структура среднего медицинского персонала по полу, возрасту, стажу, уровню образования и квалификации; мотивирующие факторы в выборе профессии; удовлетворенность работой; профессиональные планы на будущее. В период с 01.11.2021 года по 08.11.2021 года было проведено добровольное онлайн анкетирование 105 медицинских сестер амбулаторно-поликлинического звена г. Гродно различных отделений таких, как педиатрические, терапевтические, хирургические, диагностические, акушерско-гинекологические, стоматологические. Проведена статистическая обработка полученных результатов с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTIKA 10.0 (SNACHAR207F394425FA-Q).

Результаты исследования. Все опрошенные лица в 100% были женского пола. При анализе возрастной структуры работающих медицинских сестер установлено, что 1,9% (95ДИ (0.23%-6.77%)) приходится на возраст моложе 20 лет, 13,3% (95ДИ (7.48%-21.36%)) на возрастную группу 21-30 лет, 37,1% (95ДИ (27.91%-47.12%)) на лиц 31-40 лет, 24,8% (95ДИ (16.86%-34.14%)) на возраст 41-50 лет, 19% (95ДИ (12.04%-27.87%)) на группу 51-60 лет, 3,8% (95ДИ (1.04%-9.46%)) – это лица старше 60 лет.

По стажу работы респонденты распределились следующим образом: стаж меньше 1 года у 2,9% (95ДИ (0.59%-8.12%)) опрошенных, 1-5 лет у 6,7% (95ДИ (2.72%-13.25%)), 6-10 лет – 7,6% (95ДИ (3.34%-14.46%)), стаж 11-15 лет имеют 8,6% (95ДИ (3.99%-15.65%)) медицинских сестер, 16-20 лет – 25,7% (95ДИ (17.68%-35.17%)), стаж 20-30 лет у 28,6% (95ДИ (20.18%-38.21%)), больше 30 лет имеет 20% (95ДИ (12.83%-28.93%)) опрошенных.

Анализируя уровень образования респондентов установлено, что 20% (95ДИ (12.83%-28.93%) медицинских сестер имеют дополнительное образование, у 16,2% (95ДИ (9.72%-24.65%) это дополнительное высшее немедицинское образование, у 2,9% (95ДИ (0.59%-8.12%) – высшее медицинское. Другое дополнительное образование представлено следующими специальностями: педагог – 5,7% (95ДИ (2.12%-12.02%), психолог – 2,8% (95ДИ (0.59%-8.12%), логопед – 1,9% (95ДИ (0.23%-6.7%), по 0,95% (95ДИ (0.02%-5.19%) это агроном, продавец, парикмахер, социальный работник.

Установлено, что 24,8% (95ДИ (16.86%-34.14%) медицинских сестер имеет высшую квалификационную категорию, 49,5% (95ДИ (39.62%-59.45%) – первую категорию, 16,2% (95ДИ (9.72%-24.65%) – вторую категорию, 9,5% (95ДИ (4.66%-16.82%) опрошенных не имеет квалификационной категории. Однако 92,4% (95ДИ (85.54%-96.65%) опрошенных в установленном порядке раз в 5 лет проходят курсы повышения квалификации, 41% (95ДИ (31.45%-50.98%) самостоятельно изучает дополнительную литературу на медицинскую тематику, 38,1% (95ДИ (28.79%-48.09%) посещают обучающие конференции, семинары, лекции.

При анализе мотивационных аспектов выбора профессии медицинской сестры выявлено, что 64,9% (95ДИ (54.83%-73.84%) опрошенных всегда мечтали помогать больным, у 26,7% (95ДИ (18.51%-36.19%) респондентов на выбор повлияло желание родителей, 12,4% (95ДИ (6.76%-20.24%) проходили по набранным баллам, 9,5% (95ДИ (4.66%-6.82%) поступали по совету знакомых и 2,9% (95ДИ (0.59%-8.12%) за компанию.

Исследование удовлетворенности своей работой показало, что 93,3% (95ДИ (86.75%-97.28 %) опрошенных довольны своей работой, а 18,3% (95ДИ (11.26%-27.47%) из них даже очень довольны, только 5,7% (95ДИ (2.12%-12.02%) медицинских сестер не нравится их работа и 1% (95ДИ (0.02%-5.19%) работа безразлична.

Среди наиболее важных факторов, влияющих на степень удовлетворенности работой, 57,1% (95ДИ (47.11%-66.76%) респондентов отметили возможность помогать пациентам, 50,5% (95ДИ (40.55%-60.38%) – хороший коллектив, 44,8% (95ДИ (35.05%-54.78%) – близость к дому, 40% (95ДИ (30.56%-50.02%) – удобный график, по 22,9% (95ДИ (15.23%-32.07%) довольны руководством и возможностью повышать свои знания, 9,5% (95ДИ (4.662%-16.82%) возможность профессионального роста, по 1,9% (95ДИ (0.2311%-6.711%) довольны зарплатой и адекватной оценкой и поощрением за заслуги, 1% (95ДИ (12.83%-28.93%) нравится сама организация работы.

По мнению респондентов, на степень неудовлетворенности работой влияют следующие факторы: 49,5% (95ДИ (39.62%-59.45%) опрошенных недовольны зарплатой, 37,7% (95ДИ (27.91%-47.12%) объемом выполняемых работ, 32,4% (95ДИ (23.57%-42.21%) неукомплектованностью, текучестью кадров, 30,5% (95ДИ (21.87%-40.22%) отношением пациентов к медицинским

работникам, 12,4% (95ДИ (6.76%-20.24%) не удовлетворены руководством, 7,6% (95ДИ (3.347%-14.46%) удаленностью от дома, 4,8% (95ДИ (1.56%-10.76%) не устраивает график работы, по 3,8% (95ДИ (1.04%-9.46%) не нравится коллектив и отсутствие возможности карьерного роста, 1,9% (95ДИ (0.23%-6.71%) отсутствие возможности повышения своих профессиональных знаний, при этом 15,2% (95ДИ (8.96%-23.56%) респондентов устраивает абсолютно все.

При анализе анкет установлено, что 42,9% (95ДИ (33.24%-52.89%) опрошенных работают на 1,0 ставку, 36,2% (95ДИ (27.04%-46.15%) на 1,5 ставки, 20% (95ДИ (12.83%-28.93%) на 1,25 ставки и 1% (95ДИ (12.83%-28.93%) на 0,5 ставки. Кроме того 10,5% (95ДИ (5.34%-17.97%) респондентов работают еще дополнительно в сферах, не связанных с медициной.

Установлено, что 41,9% (95ДИ (32.34%-51.93%) опрошенных подвергаются стрессу на работе. Справляться с эмоциональными переживаниями, стрессом после работы помогает общение с семьей – 64,8% (95ДИ (54.83%-73.84%), выезд на природу, дачу – 46,7% (95ДИ (36.87%-56.66%), прогулки – 42,9% (95ДИ (33.24%-52.89%), сон – 36,2% (95ДИ (27.04%-46.15%), общение с друзьями – 29,5% (95ДИ (21.02%-39.22%), спорт – 8,6% (95ДИ (3.995%-15.65%), просмотр телевизора – 8,6% (95ДИ (3.995%-15.65%).

Выявлено, что самым сложным в своей работе большинство 78,1% (95ДИ (68.97%-85.58%) считают большой объем бумажной работы, 43,8% (95ДИ (34.14%-53.83%) большой поток пациентов, 24,8% (95ДИ (16.86%-34.14%) высокую ответственность за свою работу, 19% (95ДИ (12.04%-27.87%) работу больше, чем на одну ставку, 11,4% (95ДИ (6.04%-19.11%) нехватку рабочего времени, 10,5% (95ДИ (5.34%-17.97%) сложности в нахождении взаимопонимания с пациентами.

При анализе долгосрочных планов установлено, что большинство 70,5% (95ДИ (60.78%-78.98%) медицинских сестер хотят продолжать работать по этой специальности (должности), 16,2% (95ДИ (9.72%-24.65%) планируют сменить специальность (должность), но остаться в медицине, 8,6% (95ДИ (3.99%-15.65%) хотят полностью сменить специальность и уйти из медицины, 3,8% (95ДИ (1.04%-9.46%) планируют уйти на пенсию.

Выводы:

1. В кадровом составе среднего медицинского персонала преобладают работники в возрастной группе от 31 года до 50 лет, более половины медицинских сестер имеют стаж работы более 15 лет.

2. Около половины среднего медицинского персонала имеют первую квалификационную категорию и еще четверть высшую. Из них 2,9% (95ДИ (0.59%-8.12%) имеют высшее медицинское образование.

3. Большинство медицинских сестер получают удовлетворение от своей работы. Однако негативными моментами считают зарплату, большой объем выполняемых работ, неукомплектованность кадрами и отношение пациентов к

медицинскому персоналу. При этом большинство медицинских сестер планируют и дальше работать в медицине по данной специальности.

4. Выбор профессии медицинской сестры, как правило, мотивирован, осознан, обоснован. В большинстве случаев средний персонал заинтересован в повышении профессионального уровня знаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шарый, И. Н. Проблемы воспроизводства кадрового потенциала науки Республики Беларусь / И. Н. Шарый // Белорусская наука в условиях модернизации: социологический анализ / М. И. Артюхин [и др.]; науч. ред. М. И. Артюхин; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т социологии. – Минск: Беларуская навука, 2015. – С. 199–214.

2. Черкасов, С. Н. Удовлетворенность врачей государственных медицинских учреждений / С. Н. Черкасов, А. Ю. Костикова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 04 (58) Часть 3. – С. 198—200.

ПРЕПОДАВАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА» НА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

Наумов И. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Жизнедеятельность человека неразрывно связана с производственной деятельностью, а процесс обеспечения ее безопасности является важнейшей основной частью успешного построения современного цивилизованного, социально ориентированного, экономически стабильного и процветающего общества.

Производственная деятельность будущих выпускников медико-диагностического факультета будет протекать в условиях использования широкого спектра диагностического оборудования, что, безусловно, будет сопровождаться воздействием на них множества не только вредных, но и опасных, например, рентгеновского и гамма излучения, производственных факторов. Поэтому знать эти факторы и уметь управлять ими – значит обеспечить безопасность жизнедеятельности будущих специалистов здравоохранения.

На решение этой задачи и направлено совершенствование подходов к преподаванию учебной дисциплины «Безопасность жизнедеятельности человека».

Цель. Цель исследования: оценить эффективность новых методических подходов к организации преподавания учебной дисциплины «Безопасность жизнедеятельности человека»

Методы исследования. Метод исследования: методологический анализ исследуемой проблемы.

Результаты и их обсуждение. Результаты и их обсуждение. Безопасность жизнедеятельности человека как учебная дисциплина состоит из двух разделов («Охрана труда» и «Основы энергосбережения») и содержит систематизированные научные знания и методики по основам, организации, управлению и правовому регулированию общественных отношений в области охраны труда, формирования у студента профессиональных подходов к постановке и решению задач эффективного использования топливно-энергетических ресурсов на основе мирового опыта и государственной политики.

Эта учебная дисциплина изучает теоретические основы взаимодействия человека с производственной средой и способы обеспечения безопасности его жизни и деятельности в условиях современного лечебно-диагностического процесса. Поэтому целью ее преподавания и изучения является обеспечение приобретения студентами научных и практических знаний об основных нормативных правовых и технических нормативных правовых актов по охране труда, системе стандартов безопасности труда, правилах эксплуатации медицинского оборудования и созданию безопасных условий труда медицинских работников, а также по наиболее важным вопросам технологии производства и потребления энергии, а также энергосбережения. При этом студенты должны приобрести академические компетенции, основу которых составляет способность к самостоятельному поиску учебно-информационных ресурсов, овладению методами приобретения и осмысления объема знаний по основным понятиям в области охраны труда, пожарной безопасности и электробезопасности, типичных причинах и механизмах, способствующих возникновению производственного травматизма и производственно обусловленной заболеваемости в здравоохранении, деятельности по проведению расследований такого рода случаев, а также об основных нормативно-правовых актах по вопросам энергосбережения и организации и управлению энергосбережением в здравоохранении.

Для достижения этой цели преподавателями осуществляется разработка системы разноуровневых заданий для индивидуальной и групповой работы студентов, включая выполнение учебно-исследовательских и научно-исследовательских работ, направленных на формирование у них уже на первом занятии представлений об оценке причинно-следственных связей заболеваемости населения с условиями их трудовой деятельности, а также о факторах, ухудшающих состояние здоровья медицинских работников в процессе оказания медицинской помощи, которые в последующем значительно углубляются и развиваются на протяжении всего учебного курса. При этом

достигается становление профилактического мышления у студентов-медиков, что вооружает их первичными приемами и методами здоровьесберегающей деятельности в соответствии с основными законодательными актами об охране здоровья населения.

Одним из основных средств по достижению такого результата при профессиональной подготовке студентов в этом направлении является управляемая самостоятельная работа. Именно увеличение доли такой работы студентов придает учебному процессу практико-ориентированную направленность, создает условия для развития профессиональной компетенции будущих врачей-диагностов [1].

В связи с этим подготовка студентов к занятиям по данной учебной дисциплине предусматривает изучение не только теоретических аспектов, но и практических вопросов по проведению санитарно-гигиенических мероприятий, снижению интенсивности воздействия вредных и опасных производственных факторов на организм, восстановлению здоровья и работоспособности, формированию профессиональных знаний и навыков, направленных на профилактику заболеваний и сохранение здоровья медицинского персонала, выработку умений обосновывать профилактические и оздоровительные мероприятия для обеспечения санитарно-гигиенической безопасности жизнедеятельности, чему, безусловно, способствует использование первого в Республике Беларусь и странах Содружества Независимых Государств разработанного нами по решению Президиума Республиканского комитета Белорусского профсоюза работников здравоохранения практического руководства «Охрана труда в здравоохранении» с электронным приложением к нему [3], выдержавшем уже два издания, удостоенного диплома лауреата из серии «Золотой фонд Отечественной науки» в номинации «Лучшее учебно-методическое издание в отрасли» на XXXIII Международной выставке-презентации учебно-методических изданий, организованной Российской академией естествознания (Международной ассоциацией ученых, преподавателей и специалистов), и награжденного Золотой медалью 30-й Московской Международной книжной выставки-ярмарки (г. Москва, ВДНХ, 6-10 сентября 2017 г.), а также утвержденного Министерством образования Республики Беларусь учебного пособия «Безопасность жизнедеятельности человека» [2].

В практическом руководстве и учебном пособии изложены основные принципы государственной политики в области охраны труда в здравоохранении, представлены основные мероприятия по управлению охраной труда медицинского персонала в процессе трудовой деятельности, изложены вопросы оценки риска для состояния здоровья медицинских работников при воздействии вредных и опасных производственных факторов, представлены основные виды современных технологий профилактики его нарушений, а также, базируясь на строго научном подходе, но в то же время в доступной форме на значительном иллюстративном материале и с широким

использованием общепринятого терминологического аппарата, рассмотрен широкий спектр проблем влияния разного рода производственных факторов на состояние здоровья медицинских работников, и изложены современные нормативные документы, регламентирующие различные аспекты организации охраны труда медицинских работников в условиях комплексного воздействия производственных факторов на состояние здоровья.

Итоговая же эффективность изучения рассматриваемой учебной дисциплины будущими врачами-диагностами достигается за счет следующих основных составляющих:

1. контроль исходного уровня знаний;
2. организация рубежного контроля знаний в виде компьютерного тестирования;
3. самостоятельная работа студента под контролем преподавателя с использованием мультимедийных технологий в процессе освоения практических навыков и умений;
4. решение разработанных на кафедре ситуационных задач;
5. разработка тематики учебно-исследовательской работы студентов и контроль её выполнения;
6. определение критериев оценки знаний по дисциплине;
7. итоговый контроль уровня полученных знаний (зачет).

Выводы. Выводы. Таким образом, совершенствование методических подходов к организации преподавания учебной дисциплины «Безопасность жизнедеятельности человека» позволяет добиться повышения качества обучения и уровня знаний будущих врачей-диагностов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузмина, Н. А. Проблемы эффективности учения и обучения / Н. А. Кузмина // Наука и мир. – 2015. – № 9(25). – С. 55–59.
2. Наумов, И. А. Безопасность жизнедеятельности человека : учебное пособие для студентов учреждения высшего образования по медицинским специальностям / И. А. Наумов. – Гродно: ГрГМУ, 2020. – 372 с.
3. Охрана труда в здравоохранении : практическое руководство с электронным приложением ; 2-е издание, переработанное и дополненное / И. А. Наумов [и др.]. – Минск : Энергопресс, 2018. – 384 с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Рощин С. Н., Поплавская Е. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Средний медицинский персонал составляют лаборанты, акушерки, фельдшера, медицинские сестры. Роль среднего медицинского персонала достаточно велика. Она определяется кадровыми ресурсами и профессиональными чертами «охранников» здоровья населения. На степень развития среднего медицинского персонала оказывают большое влияние исторические и социально-экономические факторы: историческая эпоха, уровни экономики и демографии, обеспеченность кадрами.

Самой популярной профессией из среднего медицинского персонала является медсестра. Согласно статистике в США, Канаде, России и других странах мира, включая Республику Беларусь, не хватает медицинских сестёр. Данная профессия достаточно сложная и требует определенных навыков и умений, что выражается в следующих требованиях: порядочность, постоянное совершенствование своих знаний и умений и т.д.. Понятие «сестринское дело» недавно вошло в профессиональную лексику. В нашей стране понятие было введено в 1988 году, в это время и сформировалась новая учебная дисциплина – «Основы сестринского дела». Многие люди привыкли к понятию «уход за больными» и это правильно, ведь уход – основа профессии медицинской сестры. Сестринское дело – это зарождающаяся новая наука. Совершенствование науки, профессии без опыта предыдущих поколений невозможно, поэтому необходимо знать историю формирования медицины. Кроме того, прошлое нужно знать для лучшего понимания настоящего и, что более значимо, будущего.

Цель. Актуальной становится необходимость анализа исторических этапов профессионального становления и развития среднего медицинского персонала, в частности, сестринского дела в Республике Беларусь, что и явилось **целью** нашей работы.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели были использованы следующие методы исследования: хронологический, сравнительный и исторический.

Хронологический метод позволил рассматривать вопросы развития истории средних медицинских кадров в рамках отдельных хронологических этапов развития.

Сравнительный – дал возможность изучить предмет на основании сравнения его характеристик во время различных этапов развития.

Исторический – позволил учитывать состояние развития средних медицинских работников и подтвердил целесообразность сохранения и дальнейшего развития медицинского среднего звена.

Результаты и их обсуждение. На территорию нашей страны впервые человек проник в 100 – 35 тысяч лет до н. э. Первобытный человек полностью находился во власти природы. Он страдал от голода и холода, и поэтому так рано умирал. При появлении орудий труда увеличилось число травм. На наскальных рисунках было замечено, что военные сражения доставляли людям много неприятностей, ранений. Уже в то время можно было увидеть приёмы первой медицинской помощи, например, извлечение стрелы. Появился уход за пострадавшим – основа выживания в трудных условиях. Немного позже люди начали употреблять растения в пищу. Таким образом, проходили накопление и передача знаний о растениях – какие растения применялись в рацион, а какие для лечения. Главной обязанностью женщин являлось оказание первой медицинской помощи. Древними являются и заговоры, отражающие тактику лекаря, который привлекает природные силы против болезней. Однако дело врачей не заканчивалось заговором, а завершалось рекомендацией – приём проверенного опытом конкретного средства. С лечебной целью люди первобытного общества применяли ил со дна рек и озёр, глину, песок, принимали солнечные и воздушные ванны. В обществе появилась традиция – перепрыгивание через огонь с целью предотвращения болезней и смерти. И так, в народной медицине отразился богатейший опыт по сохранению здоровья и лечения болезней, приобретённый людьми в течение не одного тысячелетия [4]. Люди первоначально поклонялись идолам, чтобы защитить себя от болезней. С приходом христианства в Беларусь люди стали обращаться с молитвами к святым-врачевателям. В X-XI веке при монастырях создавались больницы, где врачами были монахи. Эти больницы были предназначены, как для богатых, так и для бедных, при этом богатые люди должны были содержать больницы, а бедные отрабатывать своё пребывание [1].

В эпоху Средневековья были созданы госпитали. В XIII веке формируются общины женщин, которые посвящали свою жизнь уходу за нуждавшимися. В XIV в. усилия медиков были направлены на противоэпидемические мероприятия: изоляцию больных, санитарного надзора, использованию дезинфицирующих средств, открытие бань. Мероприятия проводились в связи с вспыхнувшей пандемией чумы. Хирургическую помощь населению оказывали цирюльники («рукодельники»). По анализу различных источников на территории Беларуси в XVI веке насчитывалось около 160 цирюльников [4].

В XVI-XVIII веках велись многочисленные войны, господствовали эпидемии разных болезней. Для борьбы с эпидемиями устанавливались карантинные, власти занимались санитарным благоустройством городов. Отсутствие системы организации женского труда в госпиталях привело к тому, что большинство больных и раненых оставались на самообеспечении.

В 1800 году в Гродненском госпитале на 1 медика приходилось 500 больных при полном отсутствии обслуживающего медицинского персонала. Первым учебным заведением по подготовке лекарей на территории Беларуси считается Гродненская медицинская академия, существовавшая в 1775-1781 годы [4].

Становление сестринского дела проходило самобытным путём в середине XIX века. В 1872 году правительством создан новый тип школ – фельдшерско-акушерский. Знахарям было разрешено поступать в такие школы. Они приобретали новый статус официальных медицинских работников. Так переносилась культурная традиция в медицинские учреждения. Были также открыты частные медицинские учреждения: школы медсестер, школы массажистов и т. п. В 1899 г. был создан Международный совет медицинских сестер, а в 1917 г – Всероссийское общество сестер милосердия. В Минске с декабря 1902 г. при Общине сестер милосердия Красного Креста были открыты одногодичные курсы подготовки сестер милосердия. На курсах медицинских сестер изучали латинский язык, физиологию, хирургию, гигиену, анатомию, внутренние болезни, уход и первую помощь, фармакологию и рецептуру. Таким образом, в Беларуси в конце XIX – начале XX в. имелось несколько видов учебных заведений, в которых готовились средние медицинские кадры [2, 3]. После Гражданской войны сестры милосердия стали называться медицинскими сестрами. В 1934-1938 гг. подготовлено 9 тыс. медсестер, насчитывалось 967 медицинских и санитарных школ. В это время появляются новые требования к подготовке медсестер: «для сознательного отношения к назначениям врача медсестра должна быть медицински грамотна». Должность старшей медсестры больницы была введена в 1936 году. После воссоединения Западной Беларуси в 1939 г. были открыты медицинские школы в Гродно, Слониме, Барановичах, Пинске. К началу Великой Отечественной войны в Беларуси насчитывалось 15 300 средних медицинских работников [2, 5].

Первый фашистский удар в июне 1941 года приняла на себя Беларусь. В этот период первостепенное внимание уделялось работе по подготовке медицинских сестёр. С их помощью поддерживались в надлежащем санитарном состоянии лечебные учреждения. Они оказывали первую медицинскую помощь, спасали пострадавших от бомбардировок, помогали партизанам. Во время ВОВ ярким примером были медсестры: Евдокия Ровнягина, Екатерина Федоровна, Мария Гарачук и др., которые награждены медалью Флоренса Найтингейла за мужество и самоотверженность в заботе о жертвах войны [5].

В наши дни в Республике Беларусь 17 медицинских колледжей. Подготовка среднего медицинского персонала ведется и по специальности «Сестринское дело». В лечебно-профилактических учреждениях медсестры могут работать палатными, процедурными, перевязочными, операционными медицинскими сестрами и т. д. В Республике Беларусь первичную медицинскую помощь оказывают более 110 000 человек, при этом доля

работников со средним специальным образованием в организациях здравоохранения составляет около 68%.

Выводы. Приведенные выше материалы показывают развитие медицины и возникновение профессии медицинской сестры на территории Республики Беларусь.

Профессиональное оформление специалистов среднего звена в медицинской деятельности произошло в 1795 году, когда вводились первые государственные должности среднего медицинского персонала. Эти должности существуют и сейчас. При этом, самая популярная и востребованная на сегодняшний день должность – медицинская сестра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горский, А. А. Русь: от славянского Расселения до Московского царства / А. А. Горский. – М., 2004. – 390с.
2. Грицкевич, В. П. С факелом Гипократа: из истории белорусской медицины / В. П. Грицкевич. – Минск : Наука и техника, 1987. – 271с.
3. История медицины и здравоохранения Гродненщины: материалы науч. конференции, посвящ. 125-летию Общества врачей Гродненской губернии: ч.1/ Ред. кол.: Д. А. Маслов (гл. ред.) и др. – Гродно, 1995. – 93с.
4. Крючок, Г. Р. Очерки истории медицины Беларуси/ Крючок, Григорий Романович. – Мн.: Беларусь, 1976. – 264с.
5. Мирский, М. Б. Сестринское дело в Беларуси (1795-2006): монография / М. Б. Мирский, Е. М. Тищенко, Н. Е. Хильмончик; М-во здравоохранения РБ, УО «Гродненский государственный медицинский университет». – Гродно, 2008. – 158с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Саросек В. Г., Курстак И. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Медицинская сестра – это одна из самых востребованных профессий. Профессия медицинской сестры сложна и требует большой отдачи. Люди, которые решили связать свою жизнь с данной профессией, должны обладать определенными качествами: профессиональная компетенция, физическая выносливость, порядочность, постоянное совершенствование умений и знаний и др.

Понятие «сестринское дело» сравнительно недавно вошло в профессиональный оборот, в нашей стране было введено в 1988 г., когда в

номенклатуре образовательных специальностей возникла новая учебная дисциплина – «Основы сестринского дела».

Цель. Совершенствование профессии невозможно без опыта предыдущих поколений, поэтому знания о прошлом необходимы для постановки и усовершенствования задач настоящего развития этой области.

Методы исследования. В данной работе использовался анализ литературы развития сестринского дела на территории Республики Беларусь.

Результаты и их обсуждение. В XVI-XVIII вв. на территории Беларуси велись многочисленные войны, господствовали эпидемии разных болезней. Отсутствие системы организации труда женщин в госпиталях привело к тому, что в большинстве госпиталей участие женщин в уходе со временем либо прекратилось, либо носило временный характер.

Традиция женского медицинского служения возобновилась в XVII в. во Франции. Священник Винсент де Поль организовал первую общину и школу сестер милосердия, в которой будущие сестры получали теоретическую подготовку. Так был создан Институт сестер милосердия – первая попытка организации обучения сестринскому делу.

Организацией медицинской помощи населению в Беларуси с 1793 г. до конца XIX в. руководил Приказ общественного призрения, согласно которому в сестры милосердия принимали вдов и девиц 20-40 лет. В течение года испытуемые проходили курс обучения и на деле проверяли свои качества.

В январе 1865 г. было открыто первое в Беларуси среднее медицинское учебное заведение – Могилевская повивальная школа. Инициатор ее создания – Н. М. Мандельштам. 6 мая 1874 г. она была реорганизована в Центральную повивальную школу для Могилевской, Минской и Витебской губерний. В октябре 1876 г. была открыта повивальная школа на 20 человек в Гродно. Кроме того, на территории Беларуси существовали школы при больницах Приказа общественного призрения: специальная школа сестер милосердия в Минске (1890-1902) и фельдшерская школа в Витебске (1872-1875).

Вторая половина XIX в. характеризуется интенсивным открытием учебных заведений для подготовки средних медицинских кадров в Беларуси. Сестринское дело, таким образом, зарождалось внутри традиционной модели ухода за людьми. В 1872 г. правительством был учрежден типовой устав фельдшерско-акушерских школ.

В конце XIX – начале XX в. знахарям было разрешено поступать в фельдшерские школы, что давало им звание фельдшера с правом ограниченной медицинской практики, а в некоторых случаях и с правом заведования больницами.

В это же время в Минске создавались санитарные попечительства, отделение общества борьбы с заразными болезнями (1897), учрежден санитарный комитет по венерическим болезням и введена должность городского санитарного врача (1891). Работали школы медсестер (1890-1902), массажа и врачебной гимнастики (1898-1900), повивальных бабок (1904-1910),

частные зубоврачебная (1907) и фельдшерско-акушерская (1910-1916). В 1899 г. был создан Международный совет медицинских сестер.

Во время революции 1905–1907 гг. на территории Беларуси возникли первые общества фельдшеров, акушеров. Медицинские школы открывались некоторыми общественными организациями. Так, в Минске с декабря 1902 г. при Общине сестер милосердия Красного Креста были открыты одногодичные курсы подготовки сестер милосердия, в 1904-1910 гг. работала десятимесячная школа повивальных бабок при родильном приюте Минского отделения Российского общества защиты женщин.

Немалую роль в подготовке средних медицинских кадров играли частные медицинские школы. На курсах медицинских сестер изучали латинский язык, физиологию, хирургию и десмургию, гигиену, анатомию, внутренние болезни, уход и помощь, фармакологию и рецептуру.

Масштабная подготовка сестер началась после Октябрьской революции. К сожалению, одним из первых мероприятий по усовершенствованию подготовки кадров медицинских сестер были ликвидация общин сестер милосердия, и отмена наименования такой профессии. Теперь сестры милосердия стали называться медицинскими сестрами. В первые годы после окончания Гражданской войны разрушенная сеть медицинских учреждений восстанавливалась очень медленно, поэтому проблема медицинских кадров в то время была одной из важнейших и самых острых в здравоохранении.

Первые медицинские школы появились в 1920 г. Были разработаны программы по подготовке акушеров, медсестер и санитаров. В 1927 г. под руководством Н. А. Семашко издано Положение о медсестрах, в котором определены обязанности медицинских сестер по уходу за больными. В 1934-1938 гг. подготовлено 9 тыс. медсестер, насчитывалось 967 медицинских и санитарных школ.

Система среднего медицинского образования в 1920-1940-х гг. неоднократно изменялась. В октябре 1922 г. Главным управлением по профессиональному образованию была проведена I Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию, которая определила систему подготовки средних медицинских кадров и типы средних медицинских учебных заведений в Беларуси. В 1926 г. средние медицинские учебные заведения реорганизовывались в медицинские техникумы с едиными сроками подготовки. В сентябре 1926 г. было принято постановление «Об утверждении положения о профессиональной работе медицинского персонала и о борьбе с незаконным лечением», определившее перечень медицинских специальностей, в том числе специальность медицинская сестра.

В 1930-е гг. острая потребность в кадрах обусловила устремление за количественными показателями. Так внедрялась подготовка среднего медицинского персонала по ускоренной программе, в пяти городах республики были организованы одногодичные курсы переподготовки 300 санитарок в

медицинские сестры. Подготовку медсестер в школе на годичных курсах проводило Белорусское общество Красного Креста.

На основании постановления СНК Белоруссии от 10 января 1932 г. «О состоянии здравоохранения и подготовки медицинских кадров» при медицинских техникумах организовывались вечерние отделения, при стационарах развертывались курсы для обучения младшего и среднего медицинского персонала. В дальнейшем (1936) медтехникумы преобразовывались в школы, в них установились единая система и сроки обучения. Однако, несмотря на то, что в республике в 1940 г. действовало 35 медицинских школ, показатель обеспеченности населения средним медперсоналом оставался низким (17,3 на 10 тыс.).

Должность старшей медсестры больницы была введена в 1936 г.

В 1939 г. были открыты медицинские школы в Гродно, Слониме, Барановичах, Пинске.

В соответствии с общесоюзными, далее отечественными и российскими тенденциями во второй половине XX в. в Беларуси было начато реформирование подготовки и деятельности средних медицинских работников, обусловленное зарождением высшего сестринского образования.

Согласно приказу Министерства здравоохранения БССР № 92 от 23 мая 1991 г. в Гродненском государственном медицинском институте начата подготовка медицинских сестер на условиях целевого приема (план набора – 30 человек). На открывшееся отделение вуза зачислялись лица, имевшие среднее специальное медицинское образование. Функции руководства отделением медицинских сестер с высшим образованием первоначально выполняли деканы других факультетов: 1991-1997 гг. – М. М. Пяткевич, 1997 г. – Г. Г. Мармыш, 1998 г. – К. У. Вильчук.

В 2000 г. организован факультет медицинских сестер с высшим образованием (1998-2000 гг. – руководитель отделения, 2000-2004 гг. – декан К. М. Иодковский, с 2005-2008 гг. – декан Е. М. Тищенко).

Приказом МЗ РБ № 606 от 16 июля 2007 года «О некоторых вопросах деятельности учреждения образования Гродненский государственный медицинский университет» регламентировал преобразование факультета медицинских сестер с высшим образованием в медико-диагностический факультет с осуществлением подготовки кадров по специальностям «Сестринское дело» и «Медико-диагностическое дело».

В 2008 году образован медико-диагностический факультет (2008-2013 гг. – декан Е. М. Тищенко, 2013-2020 гг. – декан Е. С. Околокулак, с 2020 г. деканом медико-диагностического факультета является Курстак Ирина Андреевна). В 2010 году факультет прошел аккредитацию.

На сегодняшний день УО «Гродненский государственный медицинский университет» остается единственным ВУЗом РБ, который проводит обучение по специальности «Сестринское дело» с присвоением квалификации «Медицинская сестра с высшим образованием». Обучение проводится заочно,

что позволяет медицинским сестрам продолжать свой трудовой стаж. Количество абитуриентов, увеличивается с каждым годом. В связи с востребованностью специальности конкурс на данную специальность второй год подряд составляет 1,8 человека на место.

Выводы. Таким образом, профессия медицинской сестры продолжает быть востребованной и актуальной, а квалификация «Медицинская сестра с высшим образованием» позволяет реализовать себя в различных направлениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Развитие медицинского и сестринского дела в Беларуси / С. М. Русак // Медицинские знания. – 2019. – №4. – С. 23-28.
2. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина. – Минск, 2014 – 303 с.
3. Горский, А. А. Русь: от славянского Расселения до Московского царства / А. А. Горский. – М., 2004. – 390 с.
4. Александров, Д. Н. Борьба за Полоцк между Литвой и Русью в XII–XVI веках / Д. Н. Александров, Д. М. Володихин; В. Л. Янин (отв. ред.). – М., – 133 с.
5. Островская, И. В. Основы сестринского дела: учебник / Островская И. В., Широкова Н. В. – М., 2008. – 320 с.
6. Крючок, Г. Р. Очерки истории медицины Белоруссии / Г. Р. Крючок. – Минск, – 264 с.

К ВОПРОСУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сивакова С. П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Система высшего медицинского образования обладает тем огромным потенциалом, который позволяет студенту освоить общие принципы и специальные методы профилактики, поскольку в ней сосредоточены основные научные, кадровые и методологические ресурсы, формирующие у будущего специалистов здоровьесозидающие ценности, понятия и умения. В связи с этим система медицинского образования должна предусматривать наряду с овладением профессиональными знаниями формирование у будущих специалистов-медиков валеолого-гигиеническое мировоззрения, направленного на профилактику заболеваний и сохранение как индивидуального здоровья, так и здоровья пациентов [1].

В связи с этим в настоящее время возрастает роль профессиональной ориентации, которая должна пронизывать всю систему непрерывного образования. Решение вопросов профессиональной ориентации ставит перед

гигиенистами, врачами, педагогами и психологами задачу поиска реальных путей для возможно более ранней и эффективной системы определения профессиональной направленности молодежи.

Наиболее важными проблемами профориентации с одной стороны является определение потребностей общества в специалистах различного профиля и квалификации, с другой стороны – необходимо изучение профессии с точки зрения требований, предъявляемых к определенным качествам человека, которые в дальнейшем должны обеспечивать успех в освоении профессии. Имеет значение и состояние здоровья молодежи для обеспечения соответствия его избираемой профессии. Поэтому необходима разработка критериев профессиональной пригодности [2].

Методы исследования. С помощью социолого-диагностических методов обследованы 413 респондентов: школьники выпускных классов гимназии г. Гродно, студенты 2-6 курсов лечебного и педиатрического факультетов УО «Гродненский государственный медицинский университет» и врачи, работающие в организациях здравоохранения г. Гродно и Гродненской области. Исследование значимых с профессиональной точки зрения ценностей, способствующих формированию индивидуальности, ценностного отношения к своей профессии, проведено с помощью следующих методик: экспресс-теста по отношению к собственному здоровью; диагностики степени уверенности в возможностях реализации своих жизненных планов и определению уверенности в себе; экспресс-диагностики социальных ценностей и направленности личности.

Цель исследования. Изучение мотивационных подходов к получению медицинского образования и ценностных ориентаций студентов и врачей.

Результаты их обсуждения. Как показали проведенные исследования, большинство студентов поступило в медицинский университет сразу после окончания средних учебных заведений, после второй и третьей попытки 12,3% и медицинского колледжа 5,6%.

Интерес к выбранной специальности стал решающим для 60,12% респондентов. Они поступили в медицинский университет первыми из своей семьи, причем в выборе профессии помогли родители (21,48%), средства массовой информации (20,12%), советы учителей (10,16%),

Семейная традиция обусловила выбор профессии у 28,18% респондентов. При этом в семье есть врачи в нескольких поколениях (10,05%), врачами являются бабушка и дедушка (9,56%), врачи-родители (8,57%). Думали совершенно о другой карьере, но вынуждены были уступить воле родителей 8,34% студентов.

Аспект гуманизма выбранной специальности актуален только для 29,30% студентов. Для них любовь к людям, является главной причиной поступления в медицинский университет, причем из них этого мнения придерживается 70,69% студентов. Сомневаются в своем решении 24,0% респондента, еще 24,03% – затруднились ответить. Наиболее значимыми факторами в иерархии мотивов

выбора профессии врача молодежь указала на утилитарный мотив («желание получить образование, чтобы помогать себе и близким»), моральный мотив («приносить пользу людям»), социальный мотив («благородство профессия»).

Анализируя результаты менее значимых позиций выбора врачебной специальности можно отметить, что престиж и образование доминируют среди второстепенных ответов. Так, для 34,63% респондентов это быть высокообразованным культурным человеком, возможность заниматься интересной, содержательной работой (17,24%), получение стабильного заработка (16,55%).

К сожалению, существующая целенаправленная профессиональная ориентация школьников оказывает незначительное влияние на выбор медицинской профессии. Мотивы выбора профессии у выпускников гимназии в большой мере оказались случайными. При анкетировании потенциальных абитуриентов, поступающих в медицинский университет, оказалось, что 50,35% из них не имеют четкого представления о врачебной профессии, частично представляли себе ее 32,15%, и не смогли ответить на вопрос 26,6%, не имели вообще представления 23,75% респондентов. И только 17,5% будущих специалистов имели четкое представление о профессии врача.

Самыми главными качествами будущей профессии, как потенциальные абитуриенты, так и студенты считают сообразительность (76,2%), креативность мышления (75,63%), доброту (56,71%), отзывчивость (54,54%), умение заботиться о пациентах (53,5%), толерантность (34,72%); умение быстро принимать решения в стрессовых ситуациях (33,98%). При этом часть студентов (12,5%) считают, что природный талант к врачеванию не так уж и важен.

Удручающими стали ответы на вопросы о профессиональном и личностном росте: лишь 14,22% студентов систематически занимаются самообразованием, 44,32% занимаются этим лишь в свободное время, а 28,51% не занимаются самообразованием вообще. При этом студенты мало внимания уделяют факторам укрепляющим здоровье. К сожалению, 60,33% респондентов предпочитают проводить время дома у компьютера или телевизора, и лишь 11,51% – посвящают свободное время прогулкам на свежем воздухе и занятиям спортом.

При проведении анкетирования среди врачей выяснилось, что практически все они являются выпускниками Гродненского медицинского университета (95,56%). У большинства врачей это был осмысленный выбор, хотя при этом почти половина ничего о будущей профессии не знала, а остальным просто посоветовали учителя, родственники, друзья. Тем не менее, 69,11% респондентов считают, что правильно выбрали профессию, у них есть желание и стремление помогать людям.

Адаптация на новом рабочем месте у 86,6% работающих составляла не более 2 недель, у 5,3% – до полугода. Основными наставниками были коллеги по работе (97,11%), реже знакомые – (2,9%). При этом в настоящее время медицинский персонал испытывает недостаток знаний по современным компьютерным технологиям (91,38%), по правовым вопросам (64,34%),

организационно-экономическим проблемам (45,23%), по специальности (12,15%), ведению нормативной документации и обеспечению санитарно-эпидемиологического режима (11,56%).

Оценивая самих себя, врачи со стажем работы до 5 лет, на первое место ставят профессионализм. Со стажем работы приоритеты меняются. Для врачей со стажем работы 5-10 лет профессионализм актуален только для 60,0%, а со стажем более 10 лет – для 21,28%. Зато важное место врачи отводят таким качествам человека как терпение, добросовестность и умение работать с людьми.

Из причин неудовлетворенности своей профессией 78,9% специалистов указали на низкую зарплату и перегруженность на работе. Недостаточный социальный статус отметили 63,92% респондентов. Специалисты приоритетным считают общение с друзьями и хорошие отношения с окружающими (56,91%), у людей с опытом работы доминируют семейные ценности (88,63%) и материальное благополучие (84,5%), а по мере взросления добавляются и проблемы со здоровьем (79,65%).

Стабильными, независимо от возраста, остаются отношения с однокурсниками, интерес к их жизни и проблемам у 37,84% респондентов. Довольны получением знаний в университет 98,94% респондентов.

Учитывая свой жизненный опыт, они желают тем, кто еще только получает профессию: не бояться распределения в район, не разочароваться в первой заработной плате, любви коллег и пациентов, терпения и усидчивости для достижения своей цели.

Выводы. Таким образом, наиболее значимыми сферами для студентов медицинского университета являются сфера образования, сфера профессиональной и семейной жизни. Для врачей – доминирующими являются профессионализм, семейные ценности и материальное благополучие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коломиец, О. И. Заболеваемость и вегетативный статус – студентов – первокурсников как показатель стратегии адаптации к обучению высших учебных заведениях. / О. И. Коломиец, Н. П. Питрушкина, О. А. Макунина// Уч. зап.ун-та им. П. Ф. Лесгафта. – 2015. – Т.1(119). – С.91-104
2. Лабутьева, И. С. Санитарно-эпидемиологическое и психологическое благополучие обучающихся подростков : факторы риска, технология обеспечения / И. С. Лабутьева // Здор.нас. и среда обитания. – 218. – Т.305(9) – С.26.

СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ КАТОЛИЧЕСКИХ МОНАШЕСКИХ ОРДЕНОВ НА ГРОДНЕНЩИНЕ В XVIII – НАЧАЛЕ XX ВЕКА

Сильванович С. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Актуальность темы обусловлена важностью в современной медицинской деятельности сестринского дела и непреходящей ценностью милосердия, как одного из ключевых аспектов современной биомедицинской этики и деонтологии.

Цель. Раскрыть сущность и особенности сестринского дела в рамках католической монашеской традиции на Гродненщине в XVIII – начале XX века.

Методы исследования. Историко-генетический, сравнительный, теоретического анализа.

Результаты и их обсуждение. Оказание помощи больным, убогим, сиротам, содержание госпиталей и приютов, благотворительность были в той или иной степени присущи всем женским католическим монашеским орденам, которые имели свои филиалы на территории Беларуси. Всего же в 1803 г. в Виленском диоцезе, в состав которого входили белорусские земли, было девять женских монашеских орденов: бернардинки, бенедиктинки, шаритки, бригитки, доминиканки, кармелитанки, калетки, мариявитки, визитки. Вместе они насчитывали 360 монахинь[1, с.133]. Среди тех, кто делал акцент на оказание медицинской помощи и содержание госпиталей, следует назвать сестер милосердия святого Винченца Паоло, известных также как шаритки (от фр. charite – милосердие). Именно с ними связывают появление на территории Беларуси первых сестер милосердия. По приглашению Терезы Сципион в 1732 г. (по другим данным в 1742 г.) в Щучин прибыло три сестры милосердия из ордена шариток, прошедших специальную подготовку в Варшаве. Меценатка пожертвовала для создания госпиталя свой дом и материально поддерживала его существование. Среди прибывших были Теофиля Туровская из Пултуска, назначенная старшей сестрой, и Анна Свидерович. Имя третьей сестры не сохранилось. К 1742 г. сестер стало пятеро, и их работой уже руководила Розалия Осецкая, которую в 1745 г. сменила Хелена Войцеховская. Сестры помогали и богатым и бедным, ухаживали за престарелыми, инвалидами и больными, давали лекарства, делали кровопускания, выполняли другие манипуляции. Медицинская специальность щучинских сестер милосердия фактически соответствовала уровню фельдшера. Большинство сестер окончили сестринскую школу в Варшаве и имели хорошую теоретическую подготовку. Повышению квалификации содействовали многолетний стаж и постоянное накопление знаний и навыков. Была в этом и заслуга опытных старших сестер. С 1761 г. эти обязанности исполняла Мария

Лещанович. В 1780 г. ее заменила Тэжля Михалкович, проработавшая в Щучине 48 лет. Положение общины пошатнулось во второй половине XIX века, во время нахождения Щучина в собственности Друцко-Любецких, которые не были склонны оказывать сестрам такую же помощь, как прежние хозяева. Последней старшей сестрой была Юзефа Качановская. Ей помогали сестры Франтишка Понятовская, Катажина Эйсмонт и Анна Серафимович. После разгрома восстания 1863-1864 гг. к материальным трудностям прибавились притеснения властей, в результате чего сестры вынуждены были уехать из Щучина [2].

С конца XVIII века центром ордена шариток на землях бывшего Великого княжества Литовского становится Вильно. Виленский госпиталь стал главным домом ордена, а помимо его шаритки открывают приют для сирот и подкидышей и генеральный госпиталь святого Якуба. В госпиталь принимали престарелых, инвалидов, психически и венерически больных. При двух госпиталях шариток в 1832 г. были созданы университетские клиники. Помимо этого шаритки руководили виленским госпиталем Благотворительного общества. За пределами Вильно, кроме Щучина, они создали городские госпитали в Белостоке и Ковно [1, с.179].

60-70-е годы XIX столетия были неблагоприятными для деятельности католических монашеских орденов на территории Беларуси. После восстания 1863-64 гг., которое встретило сочувствие и поддержку в католической монашеской среде, филиалы «старых» орденов, центры которых находились за пределами бывшей Речи Посполитой, в результате гонений российских властей фактически прекратили свое существование. С конца XIX в. на смену им приходят «новые» ордена, возникающие преимущественно на территории Польши. В отличие от «старых» орденов, монахи вновь созданных, как правило, не обязаны были носить монашеского одеяния, чтобы не демонстрировать своей принадлежности к монашеству и не встречать противодействия со стороны российских властей. Среди тех, кто выделялся своей активной благотворительной деятельностью и уделял значительное внимание содержанию госпиталей, были общины, созданные монахом-капуцином Гоноратом Козьминьским в 1874-1895 гг. Всего было создано более двадцати общин, в большинстве своем женских, получивших название гоноратских по имени их основателя [3]. На Гродненщине наиболее активно действовала община сестер служанок Найсвятнейшей Непорочной Девы Марии, или служки, основательницей которой наряду с Г.Козьминьским была Розалия Шумская. В Виленском диоцезе в 1897 г. было 7 домов служек, в 1908 г. – 15 домов, в 1914 г. – 14 домов. Из 145 монахинь гоноратских общин в Виленском диоцезе в 1908 г. 60 монахинь, т.е. чуть меньше половины, принадлежали к общине сестер служанок Найсвятнейшей Непорочной Девы Марии [1, с.187]. В Большой Берестовице при поддержке графини Зофьи Коссаковской (по другим данным – графини Пшездзецкой) служки с 1908 г. по 1914 г. занимались опекой больных. Такую же миссию пять сестер-служек при

поддержке ксендза Юзефа Фордона осуществляли в д. Домброва с 1899 г. по 1913 г. В д. Долистово три сестры служили в приюте с 1896 г. по 1908 г. В г. Гродно две сестры служили в приюте с 1910 г. В м. Лунно при поддержке ксендза Адама Михневича в 1905 г. четыре сестры работали в приюте. Аналогичную функцию сестры выполняли в м. Мосты и в д. Поречье и Вертелишки. В Слониме при материальной поддержке помещика Микульского сестры ухаживали за больными. В Вильно сестры обслуживали приют и дом престарелых [1, с.188].

Кроме монахинь из гоноратских общин перед Первой мировой войной на территории Виленского диоцеза появились отделения ордена франтишканок Семьи Марии, созданного ксендзом Зигмундом Щенским Фелиньским в Санкт-Петербурге в 1857 г. Помимо прочего они содержали госпитали и приюты, заботились о сиротах и престарелых. На территории Беларуси их отделения были в Дисне и Свислочи [1, с.190].

Выводы. Таким образом, первые сестры милосердия на территории Беларуси появляются в XVIII в. Они были монахинями ордена сестер милосердия святого Винцента Паоло, или шаритками. Местом их пребывания на Гродненщине с 1732 г. или с 1742 г. стал Щучин. Отделение ордена просуществовало до середины 60-х гг. XIX в. Прекращение деятельности шариток, как и других католических монашеских орденов на территории Беларуси, было связано с гонениями российских властей, начавшимися после польского восстания 1830-1831 гг., и, особенно, после поражения восстания 1863-1864 гг. Традиции католических сестер милосердия на Гродненщине были возобновлены в 80-е гг. XIX в. монахинями из так называемых гоноратских общин. «Новые» ордена отличались от предыдущих тем, что их общины были инициированы на территории Польши, их члены не должны были носить монашеского одеяния, и они не специализировались исключительно на уходе за больными. Это было лишь одним из направлений их деятельности. Среди тех гоноратских общин, которые больше внимания уделяли этому аспекту деятельности и были наиболее многочисленными на территории Беларуси, следует назвать сестер служанок Найсвятейшей Непорочной Девы Марии, или служек. Во времена нахождения белорусских земель в составе Российской империи их деятельность особенно активизировалась в период с 1905 г. до 1914 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mandziuk, J. Zakony w (archi)diecezji wileńskiej / J. Mandziuk // Studia teologiczne. Białystok, Drohiczyn, Łomża. – 1987 – 1988. – Т. 5 – 6. – S. 161-200.
2. Щучинская община сестер милосердия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://schuchin.info/shhuchinskaya-obshhina-sester-miloserdiya>. – Дата доступа: 07.12.2021.
3. Skrytki [Zasób elektroniczny]. – Tryb dostępu: <https://pl.wikipedia.org/wiki/Skrytki>. – Data dostępu: 08.12.2021.

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЛЯ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В ГРОДНЕНСКОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ ИМЕНИ ЯНКИ КУПАЛЫ В 1960-1980 годы

Ситкевич С. А., Черепица В. Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Актуальность работы обусловлена отсутствием специальных работ по данной теме и их востребованностью как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Цель. Цель исследования – рассмотреть деятельность кафедры гражданской обороны (ГО) Гродненского государственного педагогического института (ГрГПИ) имени Я. Купалы по подготовке в 1960-1980 годы медицинских сестёр запаса для гражданской обороны из числа студенток педагогического института, получавших высшее педагогическое образование, осветить динамику её развития.

Методы исследования. При изучении данной проблемы наряду с общенаучными авторами были использованы историко-генетический и сравнительно-исторический методы.

Результаты и их обсуждение. Кафедра гражданской обороны была образована в ГрГПИ имени Янки Купалы в сентябре 1962 года в соответствии с приказом Министерства просвещения БССР «Об организации кафедр гражданской обороны в педагогических институтах» [1]. Целью их создания было решение руководства страны обеспечить формирования гражданской обороны СССР достаточной численностью подготовленных резервных кадров среднего медицинского персонала, а также подготовку квалифицированного преподавательского состава для средних школ, с тем чтобы на должном уровне обучать школьников основам гражданской обороны. Такое решение в начале 60-х годов было продиктовано нарастанием международной напряжённости в условиях холодной войны и вероятностью военного конфликта, с прогнозируемым применением средств массового поражения, с прогнозируемым применением вероятным противником средств массового поражения. Сейчас, по истечении полувека, такое предположение может показаться необоснованным, но в те годы приходилось считаться с реальной возможностью подобного развития событий. Подтверждением этому может служить «Карибский кризис» 1962 года, породивший ситуацию, когда весь мир оказался на грани ядерной катастрофы.

На протяжении трех десятилетий кафедра ГО занималась обучением студентов по тематике гражданской обороны. За эти годы несколько тысяч

студенток ГрПИ имени Я. Купалы, вместе с дипломом об окончании педагогического вуза, получили дипломы медицинской сестры гражданской обороны. Значительное количество студентов-юношей, обучавшихся на кафедре, получили свидетельства об окончании курса «Гражданская оборона», что в дальнейшем давало им право на преподавание данного учебного предмета в школе. Занятия проводились в течение четырёх семестров, а общий объём учебной нагрузки составлял 360-400 часов аудиторных занятий [2].

Курс подготовки медицинских сестёр гражданской обороны включал лекции, практические и семинарские занятия, доклиническую практику и клиническую практику. Особое внимание уделялось практическому освоению навыков оказания первой медицинской помощи больным и пострадавшим, наряду с усвоением методов и техники ухода за больными, и с реальным исполнением обязанностей медицинской сестры лечебного отделения больницы. Занятия по программе клинической практики проводились врачами больниц, с привлечением среднего медицинского персонала больничных отделений. Качество проведения учебных занятий контролировалось преподавателями кафедры.

Учебно-методические материалы для подготовки студенток, включая методические пособия по клинической практике, разрабатывались и издавались преподавателями кафедры. Кафедра ГО являлась межфакультетской и, в соответствии с правительственным распоряжением, обеспечивала медицинскую подготовку студенток всех факультетов педагогического института. Преподаватели кафедры периодически выезжали в другие институты республики для обмена опытом в деле подготовки медсестер для гражданской обороны.

Студенты изучали на кафедре следующие основные учебные предметы: Внутренние болезни с уходом за больными и курсом лекарствоведения; Анатомия и физиология человека; Медицинская помощь при травмах и поражениях; Инфекционные болезни и основы эпидемиологии; Организация и тактика медицинской службы гражданской обороны (ОТМС ГО); Гражданская оборона (для юношей). Обучение на кафедре завершалось экзаменами по отдельным профильным дисциплинам, а также заключительным государственным экзаменом. Студенткам, успешно завершившим обучение, выдавались государственные дипломы медицинских сестёр гражданской обороны. Выпускниц ставили на учёт в районных военкоматах по месту жительства. Данный диплом предоставлял студенткам-выпускницам педагогического вуза, возможность работать в последующем в должности медицинской сестры в лечебно-профилактическом учреждении, и это иногда оказывалось полезным [2].

Кафедра ГО несла ответственность за подготовку санитарной дружины института, состоявшей обычно из преподавателей и студентов. Следует отметить, что санитарная дружина Гродненского пединститута ежегодно принимала участие в городских соревнованиях санитарных дружин.

На протяжении многих лет (1962-1991) руководил подготовкой санитарной дружины старший преподаватель кафедры, подполковник запаса П. В. Васильев (1911-1994). Панфил Васильевич Панфилов родился 30 декабря 1911 года в селе Шамрино на Смоленщине в семье малоземельного крестьянина. После окончания средней школы учился в советско-партийной школе в Великих Луках, Смоленском коммунистическом вузе, окончил Минское военное училище. Участник Великой Отечественной войны. Награжден семью орденами и пятнадцатью медалями. Был дважды ранен. Помимо заведования кафедрой ГО, являлся многолетним председателем профсоюзного комитета вуза и его совета ветеранов войны и труда [3].

Судя по откликам большинства студенток тех лет, об их обучении, по программе курса медицинских сестер, оно не являлось для них чем-то обременительным. Скорее наоборот, они воспринимали медицинскую подготовку как нужное и полезное дело, причем не только в плане расширения своего кругозора, но и как возможность приобретения полезных по жизни умений и навыков по оказанию медицинской помощи в случае необходимости всем людям. Благодаря курсу они многое узнали о подвигах советских медиков, включая и медсестер, в годы Великой Отечественной войны, а потому с пониманием и полной отдачей относились к тому, чему их учили на кафедре. Сознательное и ответственное отношение студенток педвуза к медицинской подготовке во многом являлось итогом работы специальных исторических кафедр, а также кафедр социально-гуманитарного профиля. Значительный вклад в мотивацию необходимости приобретения сестринской профессии в обстановке холодной войны вносила также и отлаженная в вузе система политического информирования студентов.

Начиная с 1991 года, кафедра ГО стала именоваться кафедрой основ медицинских знаний Гродненского государственного университета имени Я. Купалы, образованного на базе института в 1978 году. Возглавил новую кафедру А. В. Мелешевич (1932-2007) – видный ученый в области хирургии и практикующий врач, автор 140 научных работ, в том числе 5 монографий, 18 авторских свидетельств. Все преподаватели, сотрудники и студенты этого вуза запомнили его как исключительно преданного своей профессии специалиста, прекрасного педагога и добрейшей души человека.

К началу 90-х годов, в связи с изменением политического курса государства и сменой социально-политических ориентиров, работа кафедры по подготовке медицинских сестер гражданской обороны была прекращена. Такие изменения происходили и в других гуманитарных вузах республики. Они сопровождались закрытием ряда кафедр, либо значительным сокращением штата их сотрудников, необходимостью переориентации основных направлений учебной деятельности, разработкой новых учебных курсов, составлением новых учебных планов и программ обучения [4]. На базе кафедр гражданской обороны в педагогических вузах страны были образованы кафедры с самыми различными наименованиями. К их числу в ГрГУ имени

Я. Купалы следует отнести кафедре спортивной медицины, на которую перешли в конце 1990-х годов отдельные преподаватели бывших кафедр – гражданской обороны и основ медицинских знаний.

Выводы. Таким образом, подготовка медсестер запаса в Гродненском пединституте была начата в 1960-е годы в связи с потребностями Гражданской обороны СССР. С изменением политического курса страны работа вуза в данном направлении была свернута, а ее кафедры перепрофилированы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габрусевіч, С. А. Гродзенскі дзяржаўны ўніверсітэт імя Янкі Купалы: гістарычны нарыс / С. А. Габрусевіч, І. П. Крэнь. – Гродна: ГрДУ, 2001. – 175 с.
2. Полвека на службе медико-профилактического образования студентов педагогического вуза / В. П. Соломин, Ю. К. Бахтин, Л. Г. Буйнов [и др.] // Молодой ученый. – 2012. – № 9 (44). – С. 337-345. – URL: <https://moluch.ru/archive/44/5327/> (дата обращения: 22.11.2021).
3. Выкладчыкі Гродзенскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя Янкі Купалы: Біябібліяграфічны даведнік/ Пад рэд. В. М. Чарапіцы. – Гродна ГрДУ, 1999. – 595 с.
4. Прафесары Гродзенскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя Янкі Купалы. 1940 – 2010: біябібліяграфічны слоўнік / рэдкал.: Я. А. Роўба (адк. рэд.) [і інш.]. – Баранавічы: Ф-л № 1 ААТ “Чырв. зорка”, 2010. – 128 с.

ВЫСШЕЕ СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: РЕШЕНИЕ ИЛИ ПРОБЛЕМА

Хильмончик Н. Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Реформы сестринского образования, начавшиеся в 90-х годах XX столетия, были призваны в первую очередь подготовить медицинскую сестру мирового уровня, которая была бы воспитана на философии сестринства, ориентирована на сохранение здоровья, профилактику заболеваний, качественную и эффективную медицинскую помощь больным. Медсестра новой градации должна была обеспечить современный высококвалифицированный уход, владеть методами реабилитационных мероприятий и паллиативной помощи, принимать профессиональные решения, проводить первичную медико-санитарную работу, организовать качественный сестринский процесс и владеть определенными компьютерными технологиями и навыками, в совершенстве знать иностранный язык. Все это было в проекте научного обоснования и реорганизации сестринского дела.

Цель. Осветить проблему подготовки медицинских сестер с высшим образованием.

Методы исследования. Аналитический. Результаты и их обсуждение. В 1991 г. учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет» (ГрГМУ) было образовано отделение медицинских сестер с высшим образованием, в 1996 г. – заочная форма обучения четырех и пяти лет обучения соответственно. При зачислении на факультет от абитуриентов требовался стаж работы не менее 5 лет и направление от главного врача. За данный период 473 на очном и 659 на заочной форме обучения.

В 2000 г. отделение было реорганизовано в факультет медицинских сестер с высшим образованием. В соответствии с Приказом МЗ РБ № 606 от 16 июля 2007 года «О некоторых вопросах деятельности учреждения образования Гродненский государственный медицинский университет» факультет медицинских сестер с высшим образованием преобразован в медико-диагностический факультет с осуществлением подготовки кадров по специальностям «Сестринское дело» и «Медико-диагностическое дело».

Первоначально выпускников предполагалось распределять на должности старших и главных сестер, но руководители учреждений здравоохранения восприняли эту инновацию не с восторгом, а занимать должности постовых сестер после вуза не захотели сами выпускники. Администрация решила, что можно попробовать лучших выпускников рекомендовать на должности преподавателей медколледжей. Почувствовав уверенность в полученных знаниях, выпускники стали предпринимать попытки занимать врачебные должности и это нашло отражение в приказе Минздрава от 18.10.2004 №231 от 18.10.2004 № 231 «О перечне специальностей и квалификаций высшего и среднего специального образования, которые дают право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью».

В настоящее время выпускники, окончившие факультет по специальности «Сестринское дело» по разрешению минздрава после прохождения первичной одногодичной специализации (стажировки) имеют право работать врачом: диетологом, валеологом, ЛФК, клинической лабораторной диагностики и распределяться на должности преподавателей сестринского дела.

Выпускники факультета стали интересоваться научными исследованиями и защищать диссертации. Первый шаг на поприще науки сделала Пецевич Г. Е. (первый выпуск факультета) – защитила, правда в Польше, в 1997 году магистерскую работу по сестринскому делу на тему: «Сравнительный анализ программ обучения медицинских сестер Польши и Беларуси». Ее работа легла в основу образовательного стандарта по подготовке медицинских сестер с высшим образованием в ГрГМУ. В 2003 г. в Польше – она защищает диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук по теме: «Нормирование труда медицинских сестер в лечебных отделениях областной клинической больницы. Потребность в сестринском уходе».

Согласно Болонской декларации от 22.05.2002 г., подписанной министрами здравоохранения 33 стран, сестринское образование должно быть ориентировано на Европейскую стратегию ВОЗ по подготовке медицинских сестер, в которой основной целью является интеграция высшей школы с качественной системной подготовкой, с внедрением научных исследований и развитием сестринских кадров академической квалификации.

К сожалению, письмо председателя Высшей аттестационной комиссии РБ ректору ГрГМУ от 13.11.2006 № 02-23/1062 лишает возможности заниматься выпускникам факультета медицинских сестер с высшим образованием научно-исследовательской деятельностью по специальности общественное здоровье и здравоохранение (хотя изначальное предназначение выпускников факультета было – организация здравоохранения). Защита кандидатских диссертаций лицами, закончившим факультет может проводиться только по отрасли биологические науки.

Лучшие выпускники факультета, отличники учебы, распределенные на теоретические кафедры вуза, выполняют магистерские работы только по научным специальностям из группы биологические науки. И поэтому, непосредственно сестринские темы: исследование трудовой деятельности медицинских сестер, их подготовка, социальный статус проводятся на уровне студенчества. Работы, выполненные студентами факультета, занимают призовые места на конференциях студентов и молодых ученых, проводимых в вузе. Например, «Качество жизни и проблемы профессиональной подготовки медицинского персонала; влияние условий труда на развитие заболеваний позвоночника у медицинских сестер; информированность о правах пациентов медицинских работников.

Многие студенты выбирают темы, раскрывающие необходимость применения сестринского процесса при различных нозологических единицах и подробно описывают методы ухода за больными, чего нет, к сожалению, в учебной литературе. Манипуляционная техника у нас расписана подробно, а вот элементы ухода и правила выхаживания больных при различных заболеваниях вызывают трудности. А при осуществлении сестринского процесса медицинская сестра, во-первых, определяет конкретные потребности пациента в уходе. Во-вторых, выделяет из ряда существующих потребностей приоритеты по уходу, прогнозирует его последствия, ставит сестринский диагноз. В-третьих, составляет план действий, направленный на решение проблемы. В-четвёртых, осуществляет план сестринских вмешательств. В-пятых, оценивает эффективность проведения сестринских вмешательств. Эти приведенные разноплановые примеры показывают, что использование результатов сестринских научных исследований на практике не только бы обеспечивало оптимальный уход за пациентами, но и способствовало бы прогрессу сестринского дела и укрепляло позиции медсестринства. Но, к сожалению, медсестры ограничены в выборе исследовательских тем по

общественному здоровью и организации здравоохранения. А биологическое направление исследований имеет применение только во врачебной практике.

К сожалению, потенциал медсестер с высшим сестринским образованием используется не в достаточной мере.

Подготовка медицинских сестер с высшим образованием в нашей стране позволяет рационально и эффективно использовать их знания и возможности в различных направлениях работы по профилактике и укреплению здоровья населения, в области организации скрининговых, образовательных, и исследовательских программ. К тематике этих работ можно отнести индивидуальное обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или здоровым образом жизни, да и многое другое.

Выводы. Медсестринское дело – самостоятельная профессия, которая имеет достаточный потенциал, чтобы решать проблемы и удовлетворять потребности отдельных людей и общества в целом, которые возникли или могут возникнуть в связи с изменениями здоровья. Сегодня возрастает спрос на медсестринские услуги, определяются сферы здравоохранения, где требуется компетенция, и высокопрофессиональная опека медицинских сестер. Научно обоснованная медсестринская практика опирается на объективные данные о наиболее эффективных путях медсестринских вмешательств. Именно научные исследования в медсестринстве позволяют медицинским сестрам найти наилучшие способы ухода за пациентом, определить связи между медсестринскими вмешательствами и качеством оказания медицинской помощи. Медсестринское дело как отдельная наука не может развиваться без научных исследований. Цель врачебной деятельности – диагностика заболеваний и лечения пациентов, соответственно, и научные исследования направлены на поиск эффективных методов распознавания и успешного лечения больных. Целью же медсестринской деятельности является уход за пациентами, поэтому эти исследования, в отличие от лекарственных, должны быть направлены на улучшение ухода за пациентами, скорейшую активизацию пациента, обогащение медсестринской практики путем усовершенствования технологий медсестринских манипуляций, предупреждение внутрибольничной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хильмончик, Н. Е. Развитие сестринского дела Беларуси в XIX веке: учеб. – метод. пособие / Н. Е. Хильмончик. – Гродно: ГрГМУ, 2005. – 27 с. 3. Хильмончик, Н. Е. Развитие сестринского дела Беларуси в XX веке: пособие по истории медицины / Н. Е. Хильмончик. – Гродно, ГрГМУ, 2006. – 74 с. 4

РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В РАЗВИТИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ГУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3 г. ГРОДНО»)

Чернецкая Л. В., Дудко М. В.

ГУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Гродно»

Актуальность. Первичная медицинская помощь (ПМП) – это основной и наиболее массовый вид медицинской помощи, важнейшее направление повышения доступности, эффективной профилактики и лечения наиболее распространённых заболеваний. Способность влиять на сохранение здоровья является важной составляющей заботы о человеке и имеет принципиальное значение для поддержания значимости профессии медицинской сестры [1, с 39]. Одним из приоритетных направлений Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы является развитие амбулаторно-поликлинической службы [2]. Акцент на первичную медицинскую помощь, соответствует резолюции Мюнхенской Декларации «роль медсестер и акушерок в охране здоровья общества возрастает с каждым днем, ... они являются связующим звеном между медицинским уходом, правами человека и меняющимися потребностями общества, обеспечивая квалифицированную, доступную, непредвзятую и внимательную заботу о здоровье людей» [3].

Цель. Установить роль среднего медицинского персонала ГУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Гродно» в развитии амбулаторно-поликлинической помощи.

Методы исследования. Проведено изучение роли специалистов среднего звена ГУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Гродно» в перспективных направлениях развития амбулаторно-поликлинической помощи. Метод анализа документов, системный подход.

Результаты и их обсуждение. Государственное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 3 г. Гродно» – это многопрофильное учреждение городского уровня, оказывающее первичную амбулаторно-поликлиническую помощь населению Октябрьского района г. Гродно. Учреждение обслуживает 44 485 человек. В поликлинике работает 157 специалистов со средним медицинским образованием, помощников врача 10, акушерок 11, медицинских сестёр 136. Основная миссия поликлиники «содействие улучшению здоровья населения на закрепленной территории, осуществляемое посредством предоставления доступной, квалифицированной, первичной и специализированной медицинской помощи на основе современных достижений медицинской науки и практики, профессионализма, принципов гуманизма, социальной ответственности, сотрудничества с другими

медицинскими организациями и взаимодействия с местными органами государственной власти, в рамках реализации государственной политики в области здравоохранения для обеспечения устойчивого социально-демографического развития».

Видение данной миссии – эффективное и доступное учреждение здравоохранения, отвечающее потребностям населения в современных условиях.

Важную роль в реализации миссии выполняют специалисты со средним медицинским образованием, которым в настоящее время предоставляется возможность самостоятельно решать ряд медико-социальных проблем при обслуживании пациентов в пределах своих компетенций.

Средний медицинский персонал поликлиники активно участвует в мероприятиях, направленных на коррекцию отклонений демографических показателей: раннее выявление онкологических заболеваний (визуальных форм), выявление факторов риска (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, туберкулез и др.).

С целью усиления роли специалистов со средним медицинским образованием в проведении диспансеризации населения приказом главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета утвержден алгоритм по проведению диспансеризации взрослого населения. В соответствии с которым медицинские сестры определяют принадлежность пациентов к группам диспансерного наблюдения, кратность проведения диспансерных медицинских осмотров, порядок взаимодействия среднего медицинского персонала с группами пациентов высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска.

Осуществлен полный переход от участковой службы на работу врачей и медсестёр общей практики. В целях улучшения взаимодействия при оказании медицинской помощи врачом общей практики, помощником врача, медицинской сестрой общей практики, а также эффективности их совместной деятельности созданы команды врача общей практики. Работа в команде – это современная форма работы системы здравоохранения для достижения цели – улучшения состояния здоровья закрепленного населения. В отделениях общей практики ГУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Гродно» организованы и работают 5 полных команд врача общей практики (врач общей практики + помощник врача + медицинская сестра). Распределены обязанности и ответственность специалистов команды за выполнение задач и получение конкретных результатов при оказании медицинской помощи.

Растёт роль медицинской сестры общей практики в профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятиях среди населения, что потребовало новых знаний и практических навыков. Организовано обучение медперсонала на рабочих местах по измерению внутриглазного давления, уровня глюкозы в крови, проведению спирометрии, оказанию неотложной помощи, уходу за пациентами. Кроме этого проходит обучение в симуляционной лаборатории ГУЗ «Городская поликлиника № 7

г. Гродно». Повышает уровень профессиональной подготовки вопросам специального медицинского ухода, информированности и обучения населения вопросам общего ухода за лежачими пациентами на дому, методам оказания первой помощи на дому в «Школе по уходу за лежачими пациентами» на базе ГУЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации».

С 2019 года в ГУЗ «Городская поликлиника №3 г. Гродно» активно реализуется пилотный проект МЗ РБ «Заботливая поликлиника» – новая модель организации здравоохранения – пациентоориентированная, отличительными признаками которой является доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественного оказания медицинской помощи, приоритета профилактических мероприятий

В рамках выполнения проекта:

- ✓ организована работы «открытой регистратуры» и «Coll-centr»-а, внедрен в структурных подразделениях «констант – деловой стиль».
- ✓ сформированы рациональные потоки пациентов, в зависимости от цели посещения;
- ✓ снижено время пребывания пациентов в поликлинике;
- ✓ организованы рабочие места, обеспечивающие безопасность и комфортность работы;
- ✓ повышена удовлетворенность пациентов качеством и сроками получения медицинской услуги;
- ✓ равномерно и сбалансированно распределены функциональные обязанности между врачебным и сестринским медицинским персоналом.

В целях совершенствования организации труда, повышения престижности работы и квалификации медицинского персонала, улучшения качества обслуживания при оказании медицинской помощи населению работает отделение общественного объединения средних медицинских работников.

Выводы. Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи невозможно без квалифицированных специалистов со средним медицинским образованием. В первичном звене возрастает роль медицинских сестёр, акушерок и помощников врачей. Расширение задач, поставленных перед поликлиникой, увеличило роль медицинской сестры общей практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матвейчик, Т. В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи : монография / Т. В. Матвейчик, А. П. Романова, Л. В. Шваб; Бел. мед. акад. последиplomного образования – Минск : ГУ Республиканская научная медицинская библиотека, 2012. – 88 с.
2. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2021-2025г.г.» [Электронный ресурс] : Постановление Совета

Министров Респ. Беларусь, 19.01.2021 г., № 28 – Режим доступа: <http://www.pravo.by>. – Дата доступа: 20.12.2021

3. Мюнхенская декларация: Медицинские сестры и акушерки важный ресурс здоровья [Электронный ресурс] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/53856/E93016R.pdf – Дата доступа: 20.12.2021

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Шах А. С., Куделя А. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Медицинский персонал играет главную роль в оказании медицинской помощи как на амбулаторно-поликлиническом, так и больничном этапах. Общественное здоровье населения и уровень здравоохранения напрямую зависят от уровня образования и обеспеченности медицинских работников. Для поддержания высокого уровня здравоохранения, важно постоянно проводить анализ обеспеченности населения медицинским персоналом как по областям, так и в сравнении с зарубежными странами.

Цель. Проанализировать обеспеченность населения Республики Беларусь медицинским персоналом, провести количественный анализ врачебного и среднего медицинского персонала, выделить по отдельным профилям. Вычислить преобладающий пол и средний возраст медицинских работников. Сравнить показатели обеспеченности с зарубежными странами.

Методы исследования. Для анализа нами были взяты официальные данные Национального статистического комитета Республики Беларусь за 1 января 2021 год, данные ВОЗ по обеспеченности медицинскими кадрами в странах Европы.

Результаты и их обсуждение. На 1 января 2021 год в Республике Беларусь трудилось 55,8 тыс. врачей (0.5% от населения РБ) (41 тыс. женщин, 14,9 тыс. мужчин). Средний возраст которых составил 42,4 года (у женщин этот показатель составляет 41,7 лет, у мужчин 44,3 года). При этом, 18,4 (32.9%) тыс. врачей-специалистов задействованы в терапевтическом профиле, 13,6 (24.3%) тыс. в хирургическом, 7,4 (13.2%) тыс. в медико-диагностическом и 4 (7.1%) тыс. в педиатрическом профиле.

Согласно статистике количественный показатель среднего медицинского персонала составил 125,4 тыс. работников (119,8 тыс. женщин и 5,6 тыс.

мужчин). Средний возраст которых составил 42,5 года (у женщин этот показатель составляет 42,7 лет, у мужчин 37,4 года).

Общая обеспеченность по Республике Беларусь (на 10 000 населения) составляет 46 практикующих врачей на 134 среднего мед. персонала. (Брестская область – 43/138, Витебская область- 41/138, Гомельская область- 44/139, Гродненская область- 54/138, Минская область- 34/116, Могилёвская область- 38/135, Минск- 61/136).

В Европейских странах общее количество практикующих врачей составляет 1.7 миллиона человек.

В Германии трудится 357 401 врач (21.7% от общего количества врачей в Европе и 0.4% от населения страны) большинство в возрасте от 27-64 лет из них: 82 758 (23.1%) это врачи общей практики (или семейные врачи), 14 093 (3.9%) врачи педиатры, 21 197 (5.9%) акушеры-гинекологи, 22 756 (6.4%) врачи психиатры, работники клинических кафедр, занимающиеся научной деятельностью 115 204 (32.2%), 99 216 (26.9%) врачи хирурги и анестезиологи-реаниматологи, 2178 (0.6%) составляют врачи остальных специальностей. Обеспеченность медицинскими кадрами на 10 000 населения составляет 43 врача.

В Италии работает 240 301 врач большинство в возрасте от 55-64 лет (14.1 % от общего количества врачей в Европе и 0.39 % от населения страны) из них: 59 998 (24.4%) это врачи общей практики (или семейные врачи), 16 968 (7.1%) врачи педиатры, 12 209 (5.1%) акушеры-гинекологи, 10 322 (%) врачи психиатры, работники клинических кафедр, занимающиеся научной деятельностью 87 722 (36.5%), 60 082 (25%) врачи хирурги и анестезиологи-реаниматологи. Обеспеченность медицинскими кадрами на 10 000 населения составляет 39 врачей.

Во Франции трудится 212 337 врача в основном в возрасте от 55 до 64 лет (12.49% от общего количества врачей в Европе и 0.31 % от населения страны) из них: 94 923 (44.7%) это врачи общей практики (или семейные врачи), 8134 (3.8%) врачи педиатры, 8036 (3.7%) акушеры-гинекологи, 15 315 (7.2%) врачи психиатры, работники клинических кафедр, занимающиеся научной деятельностью 54 414 (25.6%), 32 030(15.1%) врачи хирурги и анестезиологи-реаниматологи, 2485 (1.1%) составляют врачи остальных специальностей. Обеспеченность на 10 000 населения составляет 31 врачей.

В Испании работает 188 166 доктора (11.06 % от общего количества врачей в Европе и 0.4% от населения страны) в основном в возрасте от 27 до 64 лет из них: 35 798 (19%) это врачи общей практики (или семейные врачи), 12 610 (6.7%) врачи педиатры, 5782 (3.1%) акушеры-гинекологи, 5117 (2.7%) врачи психиатры, работники клинических кафедр, занимающиеся научной деятельностью 51 549 (27.3%), 45 839 (24.3%) врачи хирурги и анестезиологи-реаниматологи, 664 (0.3%) составляют врачи остальных специальностей. Обеспеченность на 10 000 населения составляет 40 врачей.

В Англии работает 188 783 доктора (11.1 % от общего количества врачей в Европе и 0.3% от населения страны) в основном в возрасте от 27 до 44 лет из них: 49 569 (26.2%) это врачи общей практики (или семейные врачи), 10 693 (5.6%) врачи педиатры, 7809 (4.1%) акушеры-гинекологи, 11 948 (6.3%) врачи психиатры, работники клинических кафедр, занимающиеся научной деятельностью 48 016 (25.4%), 54 457 (28.8%) врачи хирурги и анестезиологи-реаниматологи, 6315(3.3%) составляют врачи остальных специальностей. Обеспеченность на 10 000 населения составляет 28 врачей.

Выводы.

1. В Республики Беларусь по данным 1 января 2021 года в учреждениях здравоохранения работает 55.8 тыс. врачей, что составляет 0.5% от населения страны, в Германии данный показатель составляет 0.4%, Италии 0.39%, Франции 0.31%, Испании 0.4%, Англии 0.3% от общего количества населения. Таким образом Республика Беларусь в достаточном количестве обеспечена врачебным персоналом и находится на более высоком уровне по сравнению с Европейскими странами.

2. Средний возраст врачей в Европе составляет 49 лет, в то время как в Беларуси это 42.7 для мужчин и 37.4 для женщин.

3. Анализируя профильную структуру врачей-специалистов, в нашей стране определяется увеличение доли врачей общеврачебного профиля (32.9%), что объясняется ориентированностью медицины Республики Беларусь на Европейскую модель развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 22.11.2021.
2. Eurostat statics explained [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained> – Дата доступа: 21.11.2021.

МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» ЗАОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

Шиман О. В., Кардаш Н. А., Басинский В. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В системе высшего образования медицинских сестер патологическая анатомия является, наряду с патологической физиологией, составной частью дисциплины – предмета «Общая патология», который изучается на 3 курсе.

Цель. Характеристика особенностей преподавания дисциплины "Патологическая анатомия"

Методы исследования. Использовались данные типовых и учебных программ по специальности "Сестринское дело" заочной формы обучения.

Результаты и их обсуждение. Процесс обучения по патологической анатомии заочной формы обучения предусматривает 4 лекционных часа, 10 часов практических занятий, выполнение тестов по лекциям и практическим занятиям, используя платформу Moodle, написание контрольных работ по теме каждого практического занятия и сдачу экзамена.

На первой лекции излагаются цели, задачи, методы патологической анатомии, показывается ее роль и место в системе практического здравоохранения, студентов знакомят с особенностями изучения предмета на кафедре. Кроме этого, освещаются основные вопросы альтерации, сущность дистрофий и некроза, причины, механизмы развития, патоморфологическую характеристику, их исходы и последствия.

Вторая лекция посвящена изучению болезней желудочно-кишечного тракта, печени и почек. Студентов знакомят с этиологией, патогенезом и морфологическими проявлениями важнейших заболеваний, их классификациями, исходами и осложнениями.

Закрепление теоретических знаний, приобретение практических навыков происходит во время 5 практических занятий, предусмотренных планом обучения. Перед занятием каждый студент обязательно должен пройти тестирование используя платформу Moodle. Во время занятия изучаются наиболее важные в практическом отношении процессы и заболевания, а именно, экссудативное и продуктивное воспаление, опухоли, атеросклероз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, ревматизм, острые пневмонии, хронические неспецифические заболевания легких, инфекционные болезни.

К каждому практическому занятию выдаются учебно-целевые вопросы. На занятии в обязательном порядке демонстрируются музейные макропрепараты по изучаемой теме, что способствует усвоению теоретических знаний, формирует практические навыки. В конце практического занятия всем студентам предлагаются контрольные работы, каждая из которых включает теоретические вопросы по патанатомии и ситуационные задачи, позволяющие формировать у студентов навыки практического использования полученных знаний и, на основании которых, выставляется оценка.

Экзаменационный билет включает 2 теоретических вопроса (по общей и частной патологической анатомии) и макропрепарат. Экзаменуемый должен знать сущность общепатологических процессов и наиболее часто встречаемых заболеваний человека, а также уметь диагностировать патологические процессы по макропрепаратам по темам, изученным на практических занятиях. Экзаменационная оценка по «Общей патологии» выставляется с учетом знаний

по патологической физиологии и патологической анатомии, показанных на совместном экзамене.

Как показал опыт преподавания, практически все студенты заочной формы обучения успешно осваивают теоретический курс патологической анатомии, предусмотренный программой, имеют определенные практические навыки, умеют их использовать для решения клинко-морфологических задач, что является базой для изучения других клинических дисциплин.

Выводы. В связи с широким внедрением в практическое здравоохранение морфологических методов исследования и спецификой работы главных медицинских сестер в стационарах и поликлиниках, считаем целесообразным введение на выпускном курсе занятий по «Биопсийно-секционному курсу», для знакомства с организацией исследования биопсийного и секционного материала, конференций, являющихся важным разделом работы будущих выпускников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патология (патологическая анатомия и патологическая физиология) : учебная программа учреждения высшего образования по учебной дисциплине для специальности : 1-79 01 06 «Сестринское дело» / Министерство здравоохранения Республики Беларусь ; Н. Е. Максимович, В. А. Басинский, Э. И. Троян, А. В. Шульга. – Гродно, 2016. – с.20

2. Патология (патологическая анатомия и патологическая физиология) : типовая учебная программа по учебной дисциплине для специальности : 1-79 01 06 «Сестринское дело» / Министерство здравоохранения Республики Беларусь ; Н. Е. Максимович, В. А. Басинский, Э. И. Троян, А. В. Шульга. – Минск, 2015. – с.20

СЕСТРИНСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПАКИСТАНЕ

Юсафзай Н. А., Чечков О. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Сегодня мировое здравоохранение вынужденно рассматривать широкий спектр вопросов, являвшихся раньше прерогативой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). По информации Всемирной сети центров сотрудничества ВОЗ по развитию сестринского дела и акушерства (ВОЗ, 2002) основные факторы, влияющие на состояние здравоохранения: социодемографические изменения; децентрализация и приватизация; технологические достижения и глобализация; увеличение затрат на здравоохранение и возрастающие ожидания общества. Перечисленные и иные факторы, на наш взгляд, способствуют нестабильности системы здравоохранения. В этих условиях сестринский уход, сестринское движение в

целом, играет немаловажное, а в некоторых странах и решающее значение. Несмотря на схожесть ситуаций в разных уголках планеты, проявление выше указанных факторов зависит от конкретных условий и, в немалой степени, влияет на становление и работу медицинских сестер. Информированность о различных аспектах организации сестринской деятельности в различных странах является весьма актуальной и имеет практическую ценность. «Сегодня человечество более чем когда бы то ни было, нуждается в работниках сестринских служб, для которых должна быть обеспечена возможность трудиться в полном соответствии с их образованием и квалификацией. В интересах глобального здравоохранения все страны должны взять на себя обязательство развивать сестринские трудовые ресурсы и направлять на это достаточные ресурсы» [1].

Цель. Цель данной работы – показать на примере развивающейся страны Южно Азиатского региона аспекты организации и привлечения медицинских сестер к деятельности в условиях отдельного государства – Пакистан.

Методы исследования. Работа основана на анализе публикаций по данной тематике, изданных как в Исламской Республике Пакистан, так и в других странах.

Результаты и их обсуждение. Исла́мская Респу́блика Пакиста́н – государство в Южной Азии, образованное в результате раздела территории Британской Индии в 1947 году. Омывается водами Аравийского моря, граничит с Ираном, Афганистаном, Китаем и Индией. Пакистан – пятая по численности населения страна в мире и вторая по численности мусульманского населения после Индонезии. Страна является участницей ООН, Содружества наций, Всемирной торговой организации, Шанхайской организации сотрудничества [2].

Общей характеристикой медицинской системы Пакистана является достаточно ограниченный уровень предоставляемых медицинских услуг, выраженный в недостаточном обеспечении населения квалифицированной медицинской помощью.

В Пакистане медицина делится на государственную и частную. Государственное здравоохранение финансируется из бюджета и предоставляется на бесплатной основе большей части населения, при наличии карты медицинского страхования. Однако уровень предоставляемых медицинских услуг в государственных больницах оставляет желать лучшего: недостаточно врачей с высокой квалификацией, современного диагностического оборудования и других аспектов, характеризуют медицинскую систему страны.

Государственная система больниц и поликлиник в основном представлена частными поликлиниками семейных докторов; крупными больницами, объединяющими несколько округов (в среднем одна больница обслуживает город от 60 до 120 тысяч жителей); кабинетами узких специалистов, зачастую параллельно имеющими практику в местных больницах; и университетскими медицинскими комплексами при

университетах, расположенными в крупных городах. Достаточно современные и крупные медицинские центры находятся в городах: Исламабад, Лахор и Карачи. В остальных населенных пунктах Пакистана клиники имеют невысокий уровень предоставления медицинской помощи. Детские, психиатрические и другие специализированные больницы в Пакистане достаточно ограничены и находятся только в крупных городах.

Бесплатного приема докторов на дому в государственном здравоохранении Пакистана не существует, однако в последнее время практикуется вызов врача на дом за отдельную плату, которую может позволить себе далеко не каждая семья. То же самое и со скорой медицинской помощью.

В последнее время в Пакистане наблюдается интенсивное развитие сети частных медицинских учреждений, многие из которых имеют достаточно высокий уровень, как обслуживания, так и стоимости. Для большинства местных жителей услуги частных больниц и клиник слишком дороги, а потому и недоступны [3].

Сестринское дело является одним из основных компонентов системы здравоохранения Пакистана. В 2009 году правительство Пакистана заявило о своем намерении улучшить сестринский уход в стране. Эта тема рассматривается, как серьезная проблема в стране, предмет обширных исторических исследований и многочисленных научных дискуссий среди ученых и практиков. В 2021 году Пакистан, как и многие страны, столкнулся с серьезной нехваткой квалифицированных медсестер [4].

Высшее учебное заведение, имеющее программы и кампусы в Пакистане и других странах – Университет Ага Хана (АКУ). В университете действуют учебные больницы – больницы Университета Ага Хана, школы медсестер и акушерок, Медицинские колледжи, Институты развития образования, Высшая школа СМИ и коммуникаций, Институт изучения мусульманских цивилизаций и Институт человеческого развития. Университет Ага Хана с 1983 года проводит обучение медсестёр в Пакистане, чтобы поддержать развитие кадрового потенциала в этой сфере.

Исследование влияния АКУ в Пакистане, проведенное американской компанией “Centennial Group International”, показало, что АКУ оказывает ежегодное экономическое воздействие в Пакистане в размере 1 миллиарда долларов США и прямо или косвенно поддерживает 42 000 рабочих мест ежегодно [5].

Лидером сестринского движения в Пакистане является Билькис Бано Ихди. Ее назвали Матерью Пакистана. Она – профессиональная медсестра и одна из самых активных филантропов, сопредседатель фонда Ихди. Родилась в 1947 году в Бантве. В 1965 году ей удалось устроиться медсестрой в небольшой расширяющийся диспансер. В то время дом Ихди находился в районе старого города Карачи, где он был основан в 1951 году. Основатель, Абдул Саттар Ихди, нанял несколько медсестер, в том числе Билкис Бано, которая, что

необычно для той местности в то время, была мусульманского происхождения. Признав ее таланты и позволив ей руководить небольшим отделением медсестер, будущий муж сделал ей предложение. Он оценил ее энтузиазм и интерес во время шестимесячной программы обучения, где она изучила основы акушерства и здравоохранения. Она возглавила фонд Ихди и вместе с мужем получила в 1986 году премию Р. Магсайся за государственную службу. В 2015 году получила международную премию Мемориала матери Терезы за социальную справедливость. Ее благотворительная организация управляет множеством служб в Пакистане, включая больницу и службу неотложной помощи в Карачи. Вместе с мужем их благотворительная организация спасла более 16 000 нежелательных младенцев. Ихди взяла на себя управление проектом “jhoolas”, который был введен ее мужем в 1952 году. В рамках этого проекта 300 колыбелей доступны по всему Пакистану, где родители могут бросить нежелательных детей или детей, которых невозможно вырастить. Колыбели несут сообщение «Не убивай, оставь ребенка жить в колыбели» на английском и урду. Считается, что эта альтернатива сократила количество мертвых младенцев, убитых собственными родителями, учитывая альтернативу, предоставленную Фондом Ихди, – оставить нежелательных младенцев в колыбелях. Также проект Ихди отвечает за захоронение мертвых младенцев, обнаруженных полицией [6].

Выводы. Сегодняшний мир – во многом вариативен и мобилен. Осознавать существующие тренды развития здравоохранения, особенности местных условий помогает информированность. Медработнику необходимо быть готовым быстро адаптироваться к новому месту работы. Также важно улучшать свои способности и расширять знания. В этой связи, информация, изложенная в данной статье, представит определенный интерес и расширит общее представление о мире.

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров [State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2. WIKIPEDIA / Пакистан / Материал из Википедии – свободной энциклопедии URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD> (Дата обращения 13.12.2021.)

3. PEOPLE AND COUNTRIES / Медицина в Пакистане URL: <http://peopleandcountries.com/article-754-1.html> (Дата обращения 13.12.2021.)

4. WIKIPEDIA / Nursing in Pakistan URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_in_Pakistan (Дата обращения 13.12.2021.)

5. Википедия / Университет Ага Хана / Aga Khan University URL: https://wikichi.ru/wiki/Aga_Khan_University#Notable_alumni,_professors_and_staff (Дата обращения 13.12.2021.)

6. WIKIPEDIA / Bilquis Edhi URL: https://en.m.wikipedia.org/wiki/Bilquis_Edhi (Дата обращения 13.12.2021.)

АНАЛИЗ ВЗГЯДОВ ШКОЛЬНИЦ Г. ГРОДНО НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Азбукина М. Ю., Давыдик Д. Г., Николина О. Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Репродуктивное здоровье – это состояние физиологической функции (физического, умственного и социального благополучия), необходимое для сохранения человека как биологического вида на всех стадиях жизни. Охрана репродуктивного здоровья играет огромную роль, так как от их репродуктивного потенциала зависит здоровье нации и состояние демографической ситуации в стране.

Цель. Изучить осведомленность школьниц г. Гродно о репродуктивном здоровье и провести анализ полученных данных.

Методы исследования. При соблюдении всех требований о сохранении персональных данных, с 04.10.2021 по 08.11.2021 было проведено анкетирование среди обучающихся девушек, получающих среднее образование в городе Гродно. В опросе приняли участие: ученицы школ – 48,2%, лицей–40%, гимназий – 11,8%.

Возрастной диапазон 110 респонденток в среднем составил 16 лет (15 лет – 22,7%, 16 лет – 51,8%, 17 лет – 21,8%, 18 лет – 3,7%).

Перед началом исследования было получено согласие на проведение анкетирования, были объяснены цель проведения анкетирования и правила заполнения анкеты. На сформулированный вопрос в большинстве случаев требовался только один ответ. Отдельные вопросы допускали несколько вариантов ответов, что было учтено при статистической обработке результатов.

Сбор данных проводился с помощью сервиса Google-Формы, с использованием специально разработанной анкеты.

Анализ полученных данных проводился с использованием стандартных методов статистических исследований.

Результаты и их обсуждение. Под словосочетанием «Репродуктивное здоровье» большинство школьниц (79,1%) понимают (была возможность выбрать несколько вариантов ответа) способность к зачатию и рождению здоровых детей; 33,6% считают, что это удовлетворение и безопасная сексуальная жизнь, 45,5% – состояние полного физического, умственного и социального благополучия, 25,5% – возможность вести полноценную и разнообразную половую жизнь, 0,9% – репродуктивная система работает без сбоев, отсутствуют заболевания данной системы.

При этом, самыми частыми причинами нарушения репродуктивного здоровья, по мнению девушек, являются: инфекции, передающиеся половым путем (93,6%), несоблюдение правил интимной гигиены (90%), прерывание

беременности (60,9%), частая смена половых партнеров (49,1%) и ранее начало половой жизни (42,7%).

Для сохранения репродуктивного здоровья нужно, по мнению школьниц: периодически проходить медицинское обследование (93,6%), использовать презервативы (79,1%), не злоупотреблять алкоголем и наркотиками (61,8%), получать больше информации о ВИЧ, ИППП, болезнях половой сферы (59,1%)

Необходимо учесть, что 15,5% школьниц не обладают какой-либо информацией о сохранении репродуктивного здоровья. В то время как 17,7% опрошенных уже вступали в половые отношения, из них первый половой контакт был у девушек от 13 до 18 лет, а количество половых партнеров составило от 1 до 8. 48,7% опрошенных девушек, ведущих половую жизнь, используют при сексуальном контакте презерватив, 33,3% – не используют какой-либо метод контрацепции, а 18% предпочитают другой метод контрацепции. У 1,8% респонденток, были случайные половые контакты и 1,8% была нежеланная беременность. Исходом нежеланной беременности у одной из респонденток стало рождение ребенка, а у другой респондентки – аборт. Согласно медицинским данным, ранней считается беременность, наступившая у девочки в возрасте до 18 лет. Это связано с тем, что в этом возрасте организм девушки недостаточно сформирован и не готов к вынашиванию и рождению малыша. Роды в раннем возрасте повышают риск как для матерей, так и для новорожденных детей. Кроме того, молодые матери испытывают сильное моральное давление общества, поскольку нередко беременность в юном возрасте расценивается как признак асоциального поведения. Это связано как с материальными проблемами, так и с отсутствием образования, собственного жилья, с зависимостью от родителей, недостатками навыков воспитания.

10,9% школьниц не считают важным планировать беременность. Оптимальным возрастом для создания семьи (77,3%) и деторождения (49,1%) большинство опрошенных считают 23-26 лет, однако часть девушек отмечают, что не планируют создавать семью и становиться матерями в будущем.

Воспитание школьниц в их семьях чаще всего занимаются оба родителя (68,2%). На данный вопрос некоторые отвечали, что их воспитывает только мама, мама и бабушка, парень и вообще никто.

Большинство опрошенных девушек не курят (86,4%) и не принимают алкогольные напитки (64,5%). Более 60% школьниц испытывают психоэмоциональные нагрузки. Стоит отметить, что 58,2% респонденток, прошедших опрос, занимаются спортом. Из физической активности школьницы предпочитают: гимнастику, йогу, танцы, фитнес, баскетбол, посещение уроков физической культуры. Частота приемов пищи у школьниц составляет от 1-5 в сутки. ИМТ (индекс Кетле) у школьниц, проходивших опрос, варьируется от 14,7 до 32,1 кг/м², что у большинства девушек соответствует нормальной массе тела.

Выводы. Анализ нашего опроса показал, что определенная часть 16-летних школьниц г. Гродно не обладает какой-либо информацией о

репродуктивном здоровье, при этом ведут половую жизнь, часто не используя какой-либо метод контрацепции. На основании вышеизложенного учреждениям здравоохранения и их руководителям необходимо усилить просветительную работу и проводить мероприятия, которые были бы направлены на повышение уровня репродуктивного образования и репродуктивного здоровья, а также предотвращение проблем, которые связаны с репродуктивным здоровьем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлин, Е. С. Психологические аспекты подростковой беременности / Е. С. Михайлин, И. Б. Деменцов // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Байгот С. И., Марушка И. В., Гаевская Е. А., Литавор А. М.,
Сидоренко Н. С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь¹,
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»
г. Гродно, Республика Беларусь²

Актуальность. Острый обструктивный ларингит (ООЛ) у детей относится к патологическим состояниям, ведущим к развитию острой дыхательной недостаточности и требующим оказания неотложной помощи. Наиболее частой причинной острой обструктивного ларингита являются респираторные вирусы, причем до 80% случаев крупа обусловлено вирусом парагриппа, однако его развитие возможно и при других вирусных инфекциях, в крайне редких случаях – бактериальными возбудителями, например, *Mycoplasma pneumoniae* [1, 2, 3, 4, 5]. ООЛ характеризуется быстрым, как правило, одновременным развитием основных симптомов, выраженным динамикой клинических проявлений. Прогноз мало предсказуем: от спонтанного улучшения состояния и выздоровления до летального исхода на фоне прогрессирующей дыхательной недостаточности [2, 4]. Несмотря на кажущуюся простоту диагностики ООЛ и достигнутые в последнее десятилетие успехи в лечении, обеспечивающие быстрый дестенозирующий эффект и снижение летальности до практически нулевых значений, многие проблемы этой яркой патологии остаются нерешенными до настоящего времени [2].

Цель. Изучить предрасполагающие факторы и особенности клинической картины острого обструктивного ларингита у детей раннего возраста.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 100 карт стационарного пациента, отобранных случайным образом, с острым ларингитом в возрасте первых трех лет жизни, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ») в 2020 году. Мальчиков было 64, девочек – 36. В возрасте до одного года и от года до трех лет было по 50 детей. Все пациенты были разделены на две группы: основную, в которую были включены 78 детей с ООЛ, стенозом гортани 1 степени и группу сравнения – 22 ребенка с острым ларингитом без стеноза гортани.

Информация, полученная при изучении медицинских карт стационарного пациента, вводилась в базу данных, построенную в среде Excel. Полученные результаты были обработаны при помощи программы STATISTICA 10.0.

Результаты и их обсуждение. В 2020 году в пульмонологическое отделение УЗ «ГОДКБ» было госпитализировано 175 детей первых трех лет жизни, из них у 122 пациентов отмечался ООЛ со стенозом гортани 1 степени. ООЛ обычно начинается с неспецифических симптомов острой респираторной вирусной инфекции: ринореи, першения в горле, кашля. Чаще протекает на фоне невысокой температуры, редко – на фоне фебрильной лихорадки. Как правило, симптомам стеноза гортани предшествуют признаки ларингита: осиплость голоса и/или сухой грубый кашель. При прогрессировании воспалительного процесса в гортани осиплость может усиливаться, кашель приобретает лающий характер, появляется шумное дыхание или шумный вдох (стридор). При нарастании степени стеноза гортани развивается инспираторная одышка, которую можно заметить по втяжению яремной ямки на вдохе. Симптомы ООЛ обычно развиваются вечером, ночью, нередко в предутренние часы [2, 3, 4, 5].

Практически у половины детей в двух группах (40,8% и 50% соответственно) заболевание сопровождалось повышением температуры до субфебрильных цифр и крайне редко – до фебрильных. Температура сохранялась в основной группе $1,23 \pm 0,82$ дней, в группе сравнения – $1,05 \pm 0,79$ дней.

Осиплость голоса была выявлена у 97,4% детей основной группы и у 95,8% пациентов группы сравнения. Изменения голоса сохранялись в течение $2,26 \pm 1,61$ дней у пациентов с ООЛ и в течение $1,00 \pm 0,93$ дней у детей с острым ларингитом без стеноза. ООЛ начинался с сухого малопродуктивного кашля («лающего») у 92,1% детей, в группе сравнения – у 95,8% детей. В основной группе кашель сохранялся несколько дольше, чем в группе сравнения (соответственно – $2,77 \pm 1,42$ дней и $2,05 \pm 1,40$ дней).

Все пациенты основной группы имели стеноз гортани 1 степени. Стеноз гортани возникал на 1-2 день от начала острого респираторного заболевания. У 7,9% детей клиническая картина острого обструктивного ларингита

начиналась с появления шумного (стридорозного) дыхания, которое появлялось в вечернее или ночное время. Частое развитие стеноза гортани в раннем детском возрасте связано с возрастными особенностями строения дыхательных путей у детей: относительно узким просветом гортани, воронкообразной формой гортани, рыхлой волокнистой соединительной тканью подсвязочного аппарата, что обуславливает склонность к развитию отека [1, 2, 4, 5]. Болезнь у этих детей протекала тяжелее, были выражены симптомы интоксикации, повышение температуры сохранялось до 3-4 дней. Длительность стеноза гортани у детей основной группы на фоне проводимого лечения отмечалась в течение $2,53 \pm 1,30$ дней.

Острый обструктивный ларингит у детей часто протекал на фоне отягощенного преморбидного фона. Пищевая аллергия отмечалась у 43,6 % пациентов с ООЛ (29,2% группа сравнения), атопический дерматит – у 21,6% (7,6%), анемия – у 46,2% (31,8%), раннее искусственное вскармливание – у 57% (16,7%). Избыточная масса тела была выявлена у 42,3% детей основной группы и у 22,7% пациентов группы сравнения.

У всех обследуемых средняя масса тела и длина тела при рождении были в пределах нормальных значений: $3512,86 \pm 494,87$ г и $53,40 \pm 2,67$ см – в основной группе, $3386,36 \pm 848,24$ г и $52,53 \pm 2,24$ см – в группе сравнения. Масса тела при рождении более 4000г выявлена у 15,4% детей основной группы и у 9,1% пациентов группы сравнения. У 36 (47,4%) основной группы отмечались повторные эпизоды обструкции. У детей с повторными эпизодами обструкции отмечались раннее искусственное вскармливание (56,9%), проявления избыточной массы тела (88,9%), указания на пищевую аллергию (72,2%). Исследуемая группа отличалась частыми эпизодами ОРИ. Возможно, рецидивы ООЛ обусловлены аллергической реакцией на вирусный (или другой) аллерген [1].

Согласно международному консенсусу, а также рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, основу лечения острого ООЛ составляют глюкокортикоиды (для ингаляционного применения) и/или кортикостероиды системного действия [3]. Неотложную терапию детям с легким вариантом (стеноз гортани 1 степени) проводят в виде ингаляции будесонида в дозе 2 мг в сутки, которую можно ингалировать одновременно или разделить ее на две ингаляции по 1 мг с интервалом в 30 минут через компрессорный небулайзер. При стенозе 1 степени, а также детям младшего возраста при невозможности адекватного проведения ингаляции или чрезмерном беспокойстве ребенка при попытке ингаляции, можно вводить дексаметазон в дозе 0,15-0,6 мг/кг (не более 4 мг) внутримышечно или дать орально. При отсутствии дексаметазона пациенту может быть назначен преднизолон в эквивалентной дозе (1-2 мг/кг), однако при сходной эффективности, особенно при стенозе 1-2 степени выше риск повторного возникновения симптомов крупа, что может потребовать повторного введения препарата [2, 3, 6]. Средняя продолжительность госпитализации у детей с ООЛ

составила $4,51 \pm 1,77$ дней: у детей основной группы – $4,82 \pm 1,71$ дней, в группе сравнения – $3,41 \pm 1,53$ дней.

Выводы. Таким образом, наиболее частыми предрасполагающими факторами к развитию острого обструктивного ларингита являются избыточная масса тела, пищевая аллергия и атопический дерматит, раннее искусственное вскармливание, масса тела при рождении более 4000 г. Клиническая картина острого обструктивного ларингита у детей первых трех лет жизни отличалась более длительным сохранением симптомов заболевания. Пациенты, у которых заболевание начиналось с обструкции дыхательных путей (стеноз гортани), болели тяжелее с выраженными проявлениями интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаева, Н. Г. Рецидивирующий обструктивный ларингит у детей : проблемы и пути решения / Н. Г. Абаева [и др.] // Клиническая практика. – 2018. – Т. 1, № 8. – С. 4-10.
2. Заплатников, А. Л. Острый обструктивный ларингит у детей : неотложная терапия на догоспитальном этапе (в таблицах и схемах / А. Л. Заплатников [и др.] // Медицинский совет. – 2018. – № 2. – С. 110-113.
3. Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит у детей : клинические рекомендации Союза педиатров России, 2021. – 31 с.
4. Полякова, А. С. Синдром крупа у детей: предрассудки и доказательная медицина / А. С. Полякова, М. Д. Бакрадзе, В. К. Таточенко // Фарматека. – 2018. – № 1. – С. 15–22.
5. Царькова, С. А. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей / С. А. Царькова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – Т. 61, № 1. – С. 96-103.
6. Duval, M. Grimmer Role of operative airway evaluation in children with recurrent croup: A retrospective cohort study / M. Duval, G. Tarasidis, J.F. Tarasidis // Clinical Otolaryngology. – 2015. – Vol. 40, №. 3. – P. 227–233.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ COVID-19

Баран Д. Н., Гульник О. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Физическое развитие – динамический процесс роста (увеличение длины и массы тела, развитие органов и систем организма) и биологического созревания ребенка в определенном возрастном периоде. Данный показатель является одним из основных критериев состояния здоровья ребенка. Чем значительнее отклонения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний. В основе оценки физического развития лежат параметры роста,

массы тела, пропорции отдельных частей тела и степень развития функциональных способностей организма.

Цель. Оценить физическое развитие новорожденных, родившихся от женщин старшего фертильного возраста в условиях Covid-19 на базе гродненского областного клинического перинатального центра.

Методы исследования. Нами были проанализированы истории родов 70 пациенток старшего фертильного возраста с подтвержденной коронавирусной инфекцией за период август 2020 – январь 2021 гг. Отбор респондентов для экспертного анализа проводился по методу случайной выборки с положительной ПЦР-диагностикой.

Результаты и их обсуждение. Возраст рожениц варьировал от 28 до 43 лет (средний возраст 36 лет). Характеристика респондентов по образованности в основном представлена долей лиц со средним специальным образованием (51%), с высшим образованием (35%), без образования (14%) по месту проживания – преимущественно городского населения (83%). У всех женщин абсолютно в анамнезе индивидуальный менструальный цикл, отсчет которого ведется с 13 лет, месячные приходят через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные.

Интересно, что среднее число беременностей и родов у исследуемых нами женщин перинатально центра – три, которые были родоразрешены путем кесарева сечения в среднем сроке 276 дней, а вот количество первородящих составило 9%. У 90% исследованных женщин предлежание плода головное. В среднем, вес ребенка при рождении имел недостаточные показатели: 2500-3000 г., рост – 53 см. Оценка по шкале Апгар на 1/5 минуте: 8/9 баллов. На основании ретроспективного анализа было установлено, что у 24% госпитализированных женщин в анамнезе имеются искусственные аборты. У 98% исследуемых отмечены сопутствующие заболевания различной этиологии (ожирение, миопия, варикозное расширение вен нижних конечностей, субклинический гипотиреоз, хронический гастрит, эрозия шейки матки, нефроптоз, киста яичника), миомэктомии (3%), цистэктомия яичника (3%), тубэктомия (1%), флебэктомия (4%), геморроидэктомия (2%), 39% обследованных женщин в анамнезе произведена аппендэктомия.

Выводы. Таким образом, наличие у пациенток подтвержденной коронавирусной инфекции, протекающей в легкой или бессимптомной форме не оказывает значительного влияния на физическое развитие новорожденных; но старший фертильный возраст исследованных женщин и присутствие сопутствующих заболеваний предрасполагают к родоразрешению путем кесарева сечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Истории родов пациенток Гродненского областного клинического перинатального центра.
2. Руденко Н. Н., Мельникова И. Ю. Актуальность оценки физического развития детей // Практическая медицина. – 2009. – № 7 – С. 31–34.
3. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). Практическое руководство / Под ред. Баранова А. А., Щеплягиной Л. А. – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006. – 432 с.
4. Пропедевтика детских болезней. Учебник. Изд. 2-е / Под ред. Кильдияровой Р. Р., Макаровой В. И. – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. – 520 с.

ВЛИЯНИЕ ПСОРИАЗА НА УРОВЕНЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Барцевич И. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В зависимости от тяжести и локализации псориатических поражений, пациенты с псориазом могут испытывать значительный физический и/или психологический дискомфорт, трудности в социальной и профессиональной адаптации [1]. Качество жизни активно изучается в дерматологии. В дерматологической практике велик удельный вес хронических заболеваний, большинство из них оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов. В опросе Американского национального фонда пациентов (American National Fund of patients), страдающих псориазом, который охватил 426 больных, 71% пациентов сообщили, что заболевание является серьезной проблемой для их повседневной жизни, 63% – отметили существенную фиксацию на их внешнем виде, 58% – отметили страх плохо выглядеть или быть отвергнутым ввиду наличия псориаза, а также чувство неловкости, стыда, стеснения [2]. Весьма часто дерматоз способствует формированию психотравмирующих расстройств, депрессии, сопровождается частыми госпитализациями в лечебные учреждения [3]. Тяжесть заболевания оценивается с помощью индекса PASI. Хотя 20-40% пациентов жалуются на зуд, почти все страдают от значительного нарушения качества жизни вследствие «физического недостатка», что приводит к отторжению в социальной сфере [4, 5, 6].

Цель исследования – изучить влияние псориаза на уровень жизни пациентов пожилого и старческого возраста в связи с проблемами, возникшими вследствие заболевания псориазом.

Методы исследования. С помощью опросника «Псориатический индекс нарушений» [6] было обследовано 58 пациентов, в том числе 32 мужчины и 26 женщин, находившихся на лечении в дерматологическом отделении ГОКВД, в возрасте от 60 до 81 года, средний возраст составил $68,2 \pm 3,2$ года. Была использована разработанная и адаптированная для дерматологических больных анкета [4]. Оценка уровня жизни оценивалась с помощью Tick-box метода по видам: повседневная деятельность, работа/учеба, межличностные отношения, отдых и лечение. Качество жизни пациентов оценивалось по следующим критериям: от 1 до 10 баллов – снижение качества жизни легкой степени, от 11 до 20 баллов – средней степени, от 21 до 30 – тяжелой степени качества жизни. Проводили определение антропометрических характеристик с оценкой индекса массы тела. Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием программы Statistica 10,0. Различия считали достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных данных отмечается снижение уровня жизни на $35,4 \pm 17,8\%$ (от 6,7 до 62,2%) у исследуемого контингента, не различаясь у мужчин (37,6%) и женщин (36,2%), $p > 0,05$. При оценке уровня жизни по семейному положению: у женатых снижение на 37,6%, у вдовых – на 28,4% и разведенных – на 59,8%, $p > 0,05$. Ухудшение уровня жизни имеет место по всем видам деятельности. Так, в повседневной деятельности (работа по дому, выбор носимой одежды, проблемы со стиркой одежды, соблюдением личной гигиены, с обращением к парикмахеру) – на 49,4%; межличностным отношениям (сексуальные проблемы, отношения с родственниками, друзьями) – на 28,3%; отдых (контакты с окружающими, занятия спортом, пользование общественными банями) – на 25,9% и лечение – на 39,2%. Имеет место в 1,4 раза снижение оценки качества жизни у пациентов с высшим образованием (на 43,6%), а также в зависимости от социальной группы: у 30 работающих (на 49,8%), у 28 неработающих (на 36,1%), $p < 0,05$.

Снижение качества жизни у больных по сферам жизнедеятельности составило 39,6%, в том числе эмоции – на 43,5%, функции – на 33,2% и симптомы – на 39,7%. Во всех группах оценка качества жизни у женщин была хуже, чем у мужчин. Женщины оценивали качество жизни ниже, чем мужчины в сферах эмоции ($\chi^2 = 0,027$), функции ($\chi^2 = 0,039$) и симптомы ($\chi^2 = 0,002$), $p < 0,05$. Анализ в сфере эмоций показал, что у женщин проявляются более сильно, чем у мужчин такие эмоции, как «состояние моей кожи неприятно для меня» ($\chi^2 = 0,017$), «раздражение по поводу состояния моей кожи» ($\chi^2 = 0,022$), «испытывают чувство стыда из-за своей кожи» ($\chi^2 = 0,040$), $p < 0,05$. Общая длительность заболевания у исследуемого контингента равнялась $28,4 \pm 11,2$ лет, в том числе у мужчин – $23,8 \pm 11,6$ лет, а у женщин она в 1,7 раза ниже и составила $14,9 \pm 10,2$ лет, $p < 0,05$. Средний индекс массы тела (ИМТ) составил $29,7 \pm 5,2$, в том числе у женщин он был выше ($32,4 \pm 6,4$), чем у мужчин ($25,9 \pm 4,4$), $p < 0,05$. Повышенный ИМТ имел место у 39 пациентов (67,2%), в том

числе ожирение – у каждого третьего (33,4%). Критерием объективной оценки степени тяжести заболевания и эффективности проводимой терапии у пациентов явился индекс PASI, который при поступлении составил в среднем $49,3 \pm 12,3$, а при выписке – $3,2 \pm 1,9$, $p < 0,05$, не различаясь по полу. У всех больных при обращении была прогрессирующая стадия псориаза.

Большое значение в формировании самооценки своего здоровья у больных псориазом имеет выраженность субъективных ощущений в связи с основным заболеванием, в виде зуда, чувства жжения, болезненности. У 5,6% пациентов заболевание не сопровождалось субъективными ощущениями, незначительные ощущения отмечали 22,3%, ощущения умеренной выраженности регистрировали у 39,1%, а остальные 33,0% считали выраженность своих субъективных ощущений очень высокой. Исследование показало, что чем больше площадь поражения псориазическими элементами, тем ниже качество жизни ($\chi^2=0,002$, $p < 0,05$).

Все пациенты кроме основного заболевания имели сопутствующую патологию: на каждого пациента в среднем приходилось по $3,5 \pm 1,2$ сопутствующих заболеваний вне зависимости от пола, $p > 0,05$. Артериальная гипертензия выявлена у 56,8%, ишемическая болезнь сердца – у 40,5%, сахарный диабет – у 24,3%, повышенный ИМТ имел место у 67,2%, в том числе ожирение – у каждого третьего (33,4%).

Выводы. Наблюдается значительное снижение качества жизни у пациентов пожилого и старческого возраста, что подтверждает влияние псориаза на повседневную жизнь, вносит множество ограничений, которые влекут за собой нарушения социально-психологической адаптации. Ухудшение уровня жизни имело место по всем видам деятельности и не различается по полу. Снижение качества жизни легкой степени отмечали 28,3% больных, средней степени – 45%, тяжелой – более чем у каждого четвертого (26,7%). Причиной нарушений во всех сферах жизнедеятельности пациента является так называемая совокупность отягощающих факторов. К этим факторам относятся возраст старше 60 лет, длительность заболевания, ожирение, женский пол, значительное количество сопутствующих болезней, отягощающих течение основного заболевания, что необходимо учитывать при выборе метода терапии псориаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опыт эффективной терапии больных тяжелым псориазом / Н. В. Кунгуров [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 1. – С. 76–83.
2. Bhosle, M. J. Quality of life in patients with psoriasis / M. J. Bhosle [et. al.] // Health. Qual. Life Outcomes. – 2006. – Vol. 4. – P. 35-39.
3. Хайрутдинов, В. Р. Иммунный патогенез псориаза / Хайрутдинов В. Р., Белоусова И. Э., Самцов А. В. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2016. – № 4. – С. 20-26.
4. Stepanenko, R. Structural changes in the areas of psoriatic skin rash after systemic immunosuppressive therapy / R. Stepanenko, S. H. Ghychka, Muin Tuffakha // Dermatovenerol., Kosmetol., Seksopatol. – 2015. – Vol. 2 (57). – P. 30–35.

5. Барцевич, И. Г. Оценка течения псориаза у пациентов с признаками метаболических нарушений / И. Г. Барцевич // Журнал ГрГМУ. – 2014. – № 1. – С. 63-66.
6. Адашкевич, В. П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 352 с.

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ЗАОЧНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Гарелик П. В., Дубровщик О. И., Мармыш Г. Г., Довнар И. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Сестринское дело в Республике Беларусь – важнейшая составляющая системы национального здравоохранения. Внедрение новейших медицинских технологий диагностики, профилактики и лечения патологических состояний вызвало необходимость пересмотра стратегии подготовки специалистов сестринского дела. Сегодня каждый организатор сестринского дела наряду с глубокими профессиональными знаниями обязан хорошо разбираться в вопросах организации управления здравоохранения, экономики, менеджмента, юриспруденции, то есть иметь соответствующий уровень образования. Изменение места и роли медицинских сестер в системе оказания медицинской помощи населению возможно через повышение значимости этой профессии в организации и оказании медицинской и медико-социальной помощи, развитие новых организационных форм и технологий сестринской помощи, совершенствование форм подготовки этих специалистов. Анализ зарубежного сестринского образования свидетельствует о его тенденциях в сторону высшего сестринского образования. Получение высшего образования ведет к повышению социального статуса медицинских сестер, что способствует повышению лояльности к профессии. Открытие в 1991 г. В УО «ГрГМУ» факультета по подготовке медицинских сестер с высшим образованием позволило специалистам сестринского дела реализовать свои потенциальные возможности в получении высшего медицинского образования в рамках своей специальности. Основной целью подготовки медицинских сестер в высшей школе является обеспечение отрасли специалистами, способными активно участвовать в реформировании сестринского дела на основе внедрения современных сестринских технологий, осуществление подготовки, обучения сестринского персонала и управления им. Необходимость качественных преобразований в системе сестринского образования неразрывно связано с необходимостью научить медицинских

сестер аналитически мыслить, быть мотивированными к научным сестринским исследованиям и подготовленными для выполнения высокопрофессиональных функций. Важнейшим направлением в реализации образовательного процесса по подготовке медсестер с высшим образованием является формирование у выпускников профессиональных компетенций, в том числе и с использованием дистанционных образовательных технологий, что актуально в настоящее время в сложившейся в мире и в нашей стране эпидобстановке. На современном этапе развития отечественного здравоохранения все большую значимость в подготовке медицинских сестер с высшим образованием наряду с административно-управленческим направлением приобретает клиническая составляющая.

Цель. Оценить значимость образовательных технологий на кафедре общей хирургии по формированию у обучающихся профессиональных компетенций.

Методы исследования. На кафедре общей хирургии для оценки эффективности образовательных технологий по формированию у обучающихся профессиональных компетенций в рамках учебной дисциплины «Хирургические болезни и сестринское дело» для специальности 1-79 01 06 «Сестринское дело» проанализированы результаты экзаменационных сессий по этой дисциплине, степень освоения студентами практических навыков в соответствии с учебной программой за 3 последних учебных года (2018-2019; 2019-2020; 2020-2021). Основными методами обучения, адекватно отвечающими целям изучения данной дисциплины, являются: лекции по общей и частной хирургии, практические занятия, в том числе на симуляционном оборудовании в лаборатории практического обучения, дистанционные методы с использованием ЭУМК и обучающего образовательного портала «Moodle». Существенный вклад в методическое обеспечение кафедры для повышения уровня подготовки медицинских сестер с высшим образованием заочной формы обучения внесли изданные учебно-методическое пособие «Развитие сестринского дела Беларуси в XIX веке» (2) и учебник «Общая хирургия» (1) с грифом Министерства образования для студентов медико-диагностического факультета.

Результаты и их обсуждение. Анализ успеваемости студентов 3 курса обучения по специальности 1-79 01 06 «Сестринское дело» на основании результатов экзаменационной сессии свидетельствует о достаточно высоком уровне теоретической подготовки, успешном освоении практических навыков и умений, формирующих в комплексе у обучающихся профессиональные клинические компетенции (таблица 1).

Таблица 1

Курс	Показатели	1-79 01 06 «Сестринское дело»		
		2018-2019	2019-2020	2020-2021
3 курс	Средний бал	8,5	9	8,5
	Качественная успеваемость «7»-«10»-(%)	50%	100%	100%

Таким образом, организация образовательного процесса на кафедре общей хирургии позволяет медицинским сестрам с высшим образованием успешно осваивать теоретические основы хирургической патологии, овладевать практическими навыками и умениями в рамках их профессиональных клинических компетенций, обозначенных в учебной программе по дисциплине «Хирургические болезни и сестринское дело». Новые требования к руководителям сестринского дела обуславливают необходимость в подготовке такого специалиста, который способен генерировать новые знания, поставлять и преобразовывать информацию, предлагать и внедрять новые формы, методы и технологии медицинских услуг. Формирование новых мотивационных и ценностных ориентаций является важнейшей задачей для непрерывного саморазвития личности современного руководителя сестринского дела.

Выводы. Для повышения имиджа высшего сестринского образования, формирования мотивационных ориентаций необходимо шире привлекать выпускников этого факультета к научно-исследовательской работе, к обучению в магистратуре, особенно лиц, занимающихся педагогической деятельностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарелик, П. В. Общая хирургия / П. В. Гарелик, О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш. – Минск: Вышэйшая школа, 2021, – 375.
2. Хильмончик, Н. Е. Развитие сестринского дела Беларуси в XIX веке / Н. Е. Хильмончик // учебно-методическое пособие для студентов медицинского университета. – Гродно: 2005. – 27 с.

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕВУШЕК СТУДентОК О ФАКТОРАХ РИСКА, ПРИВОДЯЩИХ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ерошкина К. В., Дятел А. Е., Николина О. Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Современные тенденции нарастания показателей заболеваемости выдвигают рак молочной железы на первое место в структуре онкологической заболеваемости женщин. Ежегодно в мире выявляют около 1 млн. случаев рака молочной железы. Рак молочной железы составляет 23% от всех новообразований у женщин. [1] К факторам риска относятся: курение, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, отказ от самообследования и консультации у врача-маммолога, генетическая

предрасположенность, раннее появление менархе, поздние роды, отказ от грудного вскармливания, питание с высоким содержанием жиров, применение гормонозаместительной терапии.

Цель. Провести анализ осведомленности девушек-студенток, обучающихся в Гродненском государственном медицинском университете (ГрГМУ), о факторах риска приводящих к возникновению рака молочной железы.

Методы исследования. Анализ интерактивных данных 155 девушек-студенток 1 – 6 курса всех факультетов, обучающихся в Гродненском государственном медицинском университете, опрошенных в апреле 2021 г. посредством онлайн-анкетирования, из них – 1 курс – 29,7%, 2 курс – 16,8%, 3 курс – 14,1%, 4 курс – 9%, 5 курс – 15,5%, 6 курс – 14,8%.

Результаты и их обсуждение. По данным анкетирования большую часть опрошенных, составили респонденты 2002 года рождения (25,8%), 1998 и 2003 года рождения распределились поровну (14,8%), 1999 год рождения (12,3%), 2001 год рождения (11,5%), 2000 года рождения (11%) и 1997 год рождения (9,7%).

Отрадно, что 71,6% опрошенных студенток ГрГМУ не курят, однако 74,8% употребляют спиртные напитки. Обобщенные данные результатов обучающихся студенток свидетельствуют, что 56,8% оценивают свою физическую активность как удовлетворительную, 22,6% – хорошо, 20,6% – плохо, что является определённой степенью риска для возникновения заболеваний молочной железы.

По результатам проведенного опроса, большинство опрошенных девушек отмечают начало менструаций в период с 12 до 13 лет, у 25,8% менструальный цикл наступил раньше. Если говорить о наследственности было интересно, что только 54,8% знают о своей предрасположенности к раку молочной железы.

Не вызывает сомнения компетентность большинства респонденток по факторам риска возникновения рака молочной железы, и к ним 58,1% девушек относят употребление гормонозаместительной терапии, 54,2% опрошенных отмечают отказ от грудного вскармливания, 34,8% девушек – ношение бюстгалтера с косточками и 25,2% считают, что использование антиперспирантов способно вызвать рак молочной железы. Чуть более половины опрошенных девушек (51%) считают, что поздние роды (после 35 лет) являются фактором риска возникновения рака молочной железы. Большая часть девушек (79,4%) отмечают травму груди как фактор риска возникновения рака молочной железы, 71,6% считают, что стресс и отклонения в работе нервной системы могут влиять на развитие заболеваний молочных желез. К риску возникновения рака молочной железы 58,1% девушек относят неправильное питание, большинство (86,4%) склоняются к тому, что это употребление жирной пищи с высоким содержанием холестерина.

Следует отметить, что 74,8% респонденток проходят обследование молочных желез у акушер-гинеколога и 79,4% студенток знакомы с техникой самообследования молочных желез.

Выводы. На основании проведенной аналитической и статистической обработки данных онлайн-анкетирования можно сделать вывод о достаточном уровне осведомленности студенток, обучающихся в Гродненском государственном медицинском университете.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савицкий С. Э. Современные представления о механизмах канцерогенеза при раке молочной железы (обзор литературы) / С. Э. Савицкий // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2008. – №4 – с. 10-14.

РАЗВИТИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ: ЛАЗЕРНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА

Заборовский И. Г., Исачкин В. П.

УЗ «10-я городская клиническая больница»
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патологические изменения глазного дна считаются наиболее сложными для диагностики и лечения. Первое сообщение об использовании рубинового лазера ($\lambda=649$ нм) для проведения прямой лазеркоагуляции (ЛК) микроаневризм появилось в 1969 году [1]. К настоящему времени широкое внедрение в практику офтальмологии получили лазерные методы лечения, которые расширили арсенал средств борьбы с глазными заболеваниями [2]. Наиболее перспективным лечением признано использование коагулирующих и стимулирующих лазерных вмешательств [2, 3]. Доказана возможность профилактики и лечения отслойки сетчатки, периферических дистрофий, гемоциркуляторных нарушений, различных видов макулопатий, глаукомы. Сравнительный анализ результатов лечения фармакологическими средствами и использования лазера свидетельствует о потенциальных преимуществах последнего в долгосрочной перспективе [3].

Цель. Проследить развитие лазерной микрохирургии глаза в республике как здоровьесберегающей технологии в офтальмологии.

Методы исследования. Источником изучения развития и становления лазерной микрохирургии глаза в республике явились архивные материалы, годовые отчеты УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска, статьи в научных журналах и периодической печати, материалы врачебных съездов, конференций, совещаний. В исследовании использованы исторический, статистический методы.

Результаты и их обсуждение. Лазерная офтальмологическая служба республики берет начало с открытия в 1988 году лазерного

офтальмологического кабинета в ЛПУ «10-я городская клиническая больница» г. Минска. Первые лазерные методики внедрялись с применением рубинового лазера ОК-2 советского производства, а также коагулятора Coherent 920 (США) и YAG II – лазерного перфоратора (Zeiss, Германия). В 90-е годы активно использовался гелий-неоновый лазер для консервативного лечения заболеваний переднего отрезка глаза, спазма аккомодации, дистрофических процессов сетчатки. Кабинет функциональной диагностики был оснащен рефрактометром и офтальмометром (Zeiss, Германия), электрононометром, ультразвуковым прибором для биометрии глаза (ЭОС-21), прибором для измерения КЧСМ, прибором для электроретинографии, фундус-камерой Opton (Германия) с системой видеофиксации, позволяющей выполнять флюоресцентную ангиографию.

В 1997 г. было образовано отделение лазерной микрохирургии в результате слияния с консультативным кабинетом. На смену громоздкому оборудованию пришли компактные лазеры производителей Zeiss (Германия), Lumenis (США). Лазерная коагуляция сетчатки осуществлялась с помощью трехцветного лазера, желтый спектр которого позволял безопасно работать в макулярной зоне. Совместно с НПО ЛЭМТ (Беларусь) был разработан диодный офтальмокоагулятор с длиной волны 810 нм. Прибор активно использовался в лечении заболеваний сетчатки (в т. ч. проводилась транспупиллярная термотерапия для терапии субретинальной неоваскулярной мембраны), глаукомы (трансклеральная циклофотокоагуляция, трабекулопластика). В 1998 г. в отделении лазерной микрохирургии впервые в республике были выполнены эксимерлазерные операции (лазер MEL-70 «Carl Zeiss Meditec» (Германия)).

Формировались подходы к лазерному лечению пациентов с диабетической ретинопатией с учетом продолжительности заболевания, компенсации, проводимой консервативной терапии. Если в 80-х годах большую часть лазерных операций выполняли при периферических дистрофиях сетчатки, то к концу 90-х превалировали вмешательства при диабетическом поражении глазного дна. Практиковалось лазерное лечение СНМ, тромбозов вен сетчатки, YAG-лазерные вмешательства. Была внедрена лазерная гиалотомия в лечении преретинальных кровоизлияний. На базе отделения проходили подготовку специалисты, планировавшие деятельность в лазерной микрохирургии глаза.

На базе офтальмологических отделений больницы в 2005 году был сформирован Республиканский центр микрохирургии глаза на функциональной основе, который включал консультативное отделение и лазерной микрохирургии. Спустя два года переименовано в офтальмологическое консультативно-диагностическое отделение лазерной микрохирургии. В состав отделения вошли кабинеты лазерной микрохирургии, функциональной диагностики, флюоресцентной ангиографии, консультативные и глаукомный кабинеты. Постоянно продолжалось оснащение современным диагностическим

и лазерным оборудованием: оптические когерентные томографы переднего и заднего отрезков глаза, фундус-камеры для проведения флюоресцентной ангиографии, комбинированные лазеры производства Carl Zeiss (Германия), Lumenis (США), кератотопограф, прибор для электрофизиологических исследований органа зрения Tomeu (Германия). Главным направлением работы отделения явилось обеспечение доступности высокоспециализированной офтальмологической помощи населению.

В 2011 году проведена реструктуризация, в результате которой образованы два отделения: офтальмологическое консультативно-диагностическое и лазерной микрохирургии, что позволило углубить специализацию оказания офтальмологической помощи и определило дальнейшее развитие лазерной микрохирургии глаза. Проведено строительство отдельного лазерного операционного блока. Был создан Республиканский офтальмологический центр, в состав которого было включено отделение лазерной микрохирургии.

Важным этапом развития отделения явилось оснащение «Комплексом лазерным эксимерным фемтосекундным», позволившее впервые в республике выполнять высокотехнологичные операции по лазерной коррекции аномалий рефракции, кератопластику. Щадящие микроимпульсные лазерные методы лечения макулярных отеков и глаукомы были внедрены в 2012 г., а в следующем 2013 г. выполнены первые операции по лечению кератоконуса – коллагеновый кросслинкинг роговицы, а также лазерная коррекция аномалий рефракции с применением микрокератома. С 2017 г. используется селективная лазерная трабекулопластика для лечения глаукомы, витреолизис. В 2018-2019 гг. внедрены ангиография посредством оптического когерентного томографа; ангиография с индоцианином зеленым, микроимпульсная лазерная циклофототерапия, интравитреальная антиангиогенная терапия. Большинство указанных технологий применяются только в отделении лазерной микрохирургии либо использованы впервые в УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска.

В состав отделения включены лазерный операционный блок, 3 кабинета лазерной микрохирургии, кабинет флюоресцентной ангиографии, 3 кабинета функциональной диагностики. Большой объем хирургической активности потребовал развития и расширения диагностических возможностей службы, в связи с этим внедрены оптический когерентный томограф с ангиографическим модулем (впервые в Беларуси), ультразвуковой сканер, фундус-камеры, микропериметр, кератотопограф. В 2020 г. выполнено 28,23 тыс. диагностических исследований, проведено 3,85 тыс. консультаций.

Научная деятельность является важным направлением развития отделения лазерной микрохирургии. Сотрудниками выполнено 3 диссертационных исследования по лазерным методам лечения заболеваний органа зрения, получено 5 патентов, утверждены 4 инструкции по применению.

Только за последний год опубликовано 14 печатных работ в отечественных и зарубежных изданиях, представлено 27 научных докладов.

Выводы. Таким образом, в Республиканском офтальмологическом центре, в состав которого входит отделение лазерной микрохирургии УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска, проводятся высокотехнологичные операции по лазерной коррекции аномалий рефракции, кератопластика с применением фемтосекундного лазера, используется селективная лазерная трабекулопластика для лечения глаукомы, витреолизис, внедрена микроимпульсная лазерная циклофототерапия, интравитреальная антиангиогенная терапия. Отделение является ведущим в республике в области лазерных методов лечения и диагностики заболеваний органа зрения, имеющим в своем арсенале современное, уникальное на территории страны оборудование, обеспечено высококвалифицированным персоналом и предлагает полный спектр лазерных вмешательств на переднем и заднем отрезках глаза. На его базе врачи-офтальмологи проходят практические занятия с целью обучения лазерным методам лечения заболеваний глаз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Meyer-Schwickerath, G. Retinopathie diabetique et photocoagulation / G. Meyer-Schwickerath // Bull. Mem. Soc. Franc. Ophthalmol. – 1969. – Vol. 81. – P. 551–564.
2. Гацу, М. В. Сравнительная эффективность фокальной и панмакулярной методик субпорогового микроимпульсного диодлазерного воздействия при лечении диабетического макулярного отека / М. В. Гацу, Л. В. Чиж // Сахарный диабет. – 2008. – №3. – С.30-33.
3. Пасечникова, Н. В. Селективное воздействие лазерного излучения на структуры глазного дна / Н. В. Пасечникова // Клінічна хірургія. – 2003. – № 6 (724). – С. 44–46.

СОЦИАЛЬНЫЙ И МЕДИЦИНСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С РАЗРЕШЕНИЕМ ВТОРЫХ РОДОВ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Заборовский Г. И., Лукша А. Н., Мишкова А. П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Кесарево сечение (КС) является одним из самых распространенных операций в мире, частота которой не имеет тенденции к снижению [1]. Во второй декаде XXI века КС стало самой часто выполняемой абдоминальной хирургической операцией и самой распространенной родоразрешающей операцией [2]. В 2017 году частота КС в странах Западной Европы, Азии и США составляла 29,3% [3]. КС является уникальной мерой сохранения здоровья и жизни матери или плода, но глобальный рост его

частоты вызывает тревогу [4, 5]. Кесарево сечение – наиболее частая операция в акушерстве. Показания бывают как со стороны матери, так и плода и их четко разделить не представляется возможным. Показания к КС могут быть со стороны матери, когда в силу того или иного заболевания роды представляют угрозу для ее здоровья, также и со стороны плода, когда для него родовой акт является нагрузкой, которая может привести к гипоксии, родовой травме, рождению в асфиксии [6].

Цель. Изучить социальный и медицинский статус женщин с разрешением вторых родов посредством кесарева сечения

Методы исследования. Исследование основывается на материале о 131 пациентках, родоразрешение которых проходило на базе перинатальных центров со вторыми родами. Клинические данные получены из первичной медицинской документации (история родов, история новорожденного, обменная карта) и интервьюирования родильниц в соответствии с программой исследования. С этой целью были разработаны специальные карты с набором интересующих признаков: социально-демографические и данные анамнеза, возраст, образование, медицинские сведения, отражающие гинекологический статус, экстрагенитальную патологию, течение настоящей беременности, перинатальные исходы. Сформированы две группы: контрольная (n=98), которую характеризуют нормальные (спонтанные) роды и основная (n=33) с родоразрешением посредством кесарева сечения.

Статистическая обработка проводилась с использованием анализа в системе STATISTICA 10.0. За критический уровень значимости принимали $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Полученные в ходе исследования результаты позволили провести сравнительную характеристику показателей, характеризующих социальный и медицинский статус женщин с нормальным (спонтанным) течением родов и беременных с разрешением вторых родов посредством операции кесарево сечение. Установлено, что средний возраст последних на 3,2 года старше ($32,1 \pm 0,9$ года, $p < 0,05$), более высокий уровень образования (высшее – у 3/5 респондентов, $p < 0,05$). Этот контингент в основном (87,9%) формируется из городских жительниц ($p > 0,05$), реже (в 1,1 раза) состоит в браке ($p > 0,05$), имеет преимущественно вторую группу крови (50,0%, $p < 0,05$).

Средний вес рожениц, подвергнутых кесареву сечению ($75,9 \pm 2,5$ кг) выше ($p < 0,05$), а рост ($165,3 \pm 1,2$ см) и прибавка в весе за время беременности ($12,1 \pm 1,0$ кг) ниже ($p > 0,05$). Гестационный срок у женщин, родоразрешение у которых осуществлялось с использованием кесарева сечения, существенно ниже ($255,9 \pm 4,7$ дня) относительно спонтанных родов ($p < 0,05$) и повторные роды встречаются реже ($p > 0,05$).

Кесарево сечение чаще сопровождается сопутствующей патологией (87,9%, $p < 0,05$), среди которой преобладают миопия (27,6%), нефроптоз (24,1%), пороки сердца (24,1%), анемия (13,8%), пиелонефрит (10,3%) и другие.

Вместе с тем гинекологические заболевания регистрируются реже (60,6%, $p < 0,05$), большинство которых приходится на эрозию шейки матки (45,0%), миому матки (25,0%), кисты яичников (10,0%) и другие. Осложнения беременности существенно выше (81,8%, $p < 0,001$) в основной группе относительно контрольной, среди которых преобладают выпадение петель пуповины (33,3%), преждевременный разрыв околоплодных оболочек (18,5%), гипоксия (11,1%) и недостаточное развитие плода (11,1%). Основными показаниями к операции кесарева сечения явились: наличие рубца на матке – 43,9%, аномалии родовой деятельности – 13,0%, экстрагенитальная патология (10,6%), клинически узкий таз – 9,8%, тазовые предлежания (6,5%), гипоксия плода (4,1%), сочетание беременности и миомы матки (3,3%), поздний гестоз (2,4%) и другие причины (6,4%).

Выводы. Установлено, что у женщин с разрешением вторых родов посредством кесарева сечения средний возраст старше, более высокий уровень образования. реже состоят в браке, имеют преимущественно вторую группу крови, $p < 0,05$. Наиболее часто встречающиеся показания к родоразрешению путем КС являются: рубец на матке после КС, клинически узкий таз, выпадение петель пуповины, преждевременный разрыв околоплодных оболочек, обвитие пуповиной частей тела плода и слабая родовая деятельность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rijken, M. J. Interpretation of Caesarean Section Classifications / M. J. Rijken, K. Asah-Oroku // London, 2019. – P. 2-4.
2. Жаркин, Н. А. Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы / Н. А. Жаркин, Л. С. Логутова, Т. Г. Семихова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2019. – № 19 (4). – С. 5-10. <https://doi.org/10.17116/rosakush2019190415>
3. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Федеральная служба государственной статистики / Москва, 2018. www.gks.ru
4. Радзинский, В. Е. Акушерство : учебник / В. Е. Радзинский, А. М. Фукс // М. : ГОЭТАР-Медиа, 2016. – 1040 с.
5. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic / G. H. A. Visser [et al.] // Lancet. – 2018. – Vol. 392. – N 10155. – P. 1286–1287. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32113-5.
6. Савельева, Г. М. Кесарево сечение / Г. М. Савельева, Е. Я. Караганова // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 2. – С. 53-60.

РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Заборовский Г. И., Стручинская М. А., Стурейко С. Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В современном мире ожирение является одной из самых распространенных форм нарушений жирового обмена, причем частота данной патологии не имеет тенденции к снижению, число беременных с ожирением достигает 15,5-26,9%. Данные литературы и акушерской практики свидетельствуют о том, что ожирение значительно осложняет течение беременности и родового акта, способствуя возникновению акушерских осложнений в 2-3 раза чаще, чем у женщин, имеющих обычную массу тела [1].

Избыточный вес влияет на репродуктивную функцию и может стать причиной ее нарушения, а также невынашивания и бесплодия. Женщины, страдающие ожирением, подвержены риску осложнений во время беременности и родов, также ожирение матери может негативно повлиять на здоровье будущего ребенка. До сих пор не совсем ясно, ожирение само по себе является фактором увеличения риска неблагоприятных исходов беременности или предрасполагает к развитию других патологических состояний, повышающих эти риски [2, 3].

Беременность у женщины с ожирением ассоциирована с рядом материнских и перинатальных рисков. Степень и частота этих рисков увеличиваются в зависимости от выраженности ожирения. Снижение массы тела у женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность, и потенциальное уменьшение этих рисков являются важными задачами акушеров-гинекологов [2].

Распространенность ожирения среди женщин репродуктивного возраста широко варьирует в зависимости от использованного критерия, года исследования и особенности изучаемой популяции, однако четко отмечается увеличение доли этих женщин в соответствии с ростом распространенности ожирения в общей популяции [4]. Ожирение – это хроническое рецидивирующее заболевание, которое способствует проявлению и развитию многих других болезней. Накапливаются данные об участии расстройств жирового обмена в формировании нарушений женской репродуктивной функции [5, 6].

Цель. Изучить роль ожирения в развитии нарушений репродуктивной функции.

Методы исследования. На базе перинатальных центров проведен ретроспективный анализ историй родов, новорожденных и обменных карт женщин. В исследовании принимало участие 197 пациенток. Беременные были

подразделены на две группы: основную составили 99 женщин с первой степенью ожирения (ИМТ 30-34,9 кг/м²), контрольную – 98 женщин с нормальной массой тела (ИМТ от 18,8 до 24,9 кг/м²). Статистическая обработка проводилась с использованием анализа в системе STATISTICA 10.0. За критический уровень значимости принимали $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Изучение исходов беременностей показало, что пациентки с ожирением первой степени в 3,1 раза чаще подвергались кесареву сечению ($p < 0,05$) и в 1,3 раза реже наблюдались срочные роды ($p < 0,05$), чаще (в 1,3 раза) аборт ($p > 0,05$), чем у беременных женщин контрольной группы. Причем кесарево сечение значительно чаще (в 1,5 раза) носит плановый характер ($p < 0,05$) и реже (в 1,1 раза) – по экстренным показаниям ($p > 0,05$). Паритет родов в анамнезе основной группы в два раза выше (62,6%) относительно женщин контрольной группы ИМТ (31,2%), $p < 0,05$. Для них характерны повторные выкидыши (23,1%), что в 3,0 раза чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Анестезия у исследуемого контингента использовалась у каждой пятой пациентки, в то время как в контрольной группе в 1,5 раза чаще ($p < 0,05$). Время от начала операции до рождения ребенка у женщин с ожирением более продолжительное ($9,7 \pm 0,9$ мин) по сравнению с роженицами, имеющими нормальный ИМТ к началу беременности ($6,9 \pm 0,4$ мин), $p < 0,05$. По этой причине интраоперационная кровопотеря в основной группе выше ($408,9 \pm 8,8$ мл) относительно контрольной группы ($381,3 \pm 8,4$ мл), $p < 0,05$, что сказалось на показателе гемоглобина после операции, соответственно $105,0 \pm 2,0$ и $108,3 \pm 4,1$.

Показатели физического развития новорожденных у родильниц с ожирением первой степени ниже, чем у женщин с нормальным ИМТ. В частности, рост новорожденных меньше на 0,9% ($52,5 \pm 0,7$ см), вес – на 4,9% (3386 ± 70 г). У женщин с ожирением девочки рождаются в 1,5 чаще ($p < 0,05$), чем мальчики. Осложнения новорожденных у женщин основной группы регистрируются в 1,8 раза чаще ($p < 0,05$) в сравнении с роженицами контрольной группы. Формирование их обусловлено группой риска по внутриутробным инфекциям, конфликтам по группе крови, резус-конфликту, перинатальной энцефалопатии, гемолитической болезни новорожденных, по тугоухости, ретинопатии, соответственно $32,3 \pm 4,7$ случая в основной и $29,6 \pm 4,6$ случая на 100 родильниц в контрольной группе, $p > 0,05$. У женщин с ожирением новорожденные чаще (в 3,2 раза) страдают дыхательными расстройствами ($p < 0,05$), чаще проявляется внутриутробная асфиксия ($p > 0,05$), врожденная пневмония ($p > 0,05$), врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения ($p > 0,05$), первичный ателектаз легких ($p > 0,05$). На этом фоне у новорожденных основной группы относительно контрольной регистрируются реже (в 2,1 раза, $p < 0,05$) анемия недоношенных, в 5,0 раза – реже ($p < 0,05$) геморрагические и гематологические нарушения у новорожденных и в 1,8 раза реже ($p < 0,05$) – нарушения церебрального статуса новорожденного.

Осложнения послеродового периода регистрировались на треть (33,0%) чаще при наличии ожирения, однако статистически достоверного различия не подтверждается ($p > 0,05$).

Выводы. Ожирение оказывает отрицательное воздействие на различные периоды репродуктивного процесса и повышает частоту осложнений во всех периодах беременности. Роженицы с ожирением первой степени в 3,1 раза чаще подвергались кесареву сечению, у них 1,3 раза реже наблюдались срочные роды, в 1,3 раза чаще регистрировались аборт, чем у беременных женщин с нормальным ИМТ. Для них в 3 раза чаще характерны повторные выкидыши, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Осложнения новорожденных у женщин основной группы регистрируются в 1,8 раза чаще ($p < 0,05$) в сравнении с роженицами контрольной группы. Наличие ожирения является неблагоприятным прогностическим признаком в отношении наступления, течения беременности и живорождения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радынова, С. Б. Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением / С. Б. Радынова, Е.А. Иванова // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 5. ; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28042> (дата обращения: 13.12.2021).
2. Иловайская, И. А. Влияние ожирения у женщин на фертильность и вынашивание беременности / И. А. Иловайская // РМЖ. – 2016. – № 1. – С. 32–37.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 549: obesity in pregnancy // Obstet Gynecol. – 2013. – Vol. 121. – P. 213-218.
4. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010 / К. М. Flegal [et al.] // JAMA. – 2012. – Vol. 307. – P. 491-497/
5. Подзалкова, Н. М. Течение беременности и перинатальные исходы у женщин с нарушением жирового обмена / Н. М. Подзалкова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 86 – 92.
6. К вопросу о патогенезе репродуктивных нарушений у женщин с ожирением / Э. Р. Веджижева [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 6. – С. 18–23.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТУАЛЬНОСТИ ТЕМЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ИХ ОБЪЕКТИВНОГО И СУБЪЕКТИВНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ В ТЕМЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, И МЕТОДАХ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Заяц В. А., Шедь К. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Во всем мире бремя заболеваемости и смертности, связанное с патогенами, передаваемыми половым путем, негативно сказывается на качестве жизни, сексуальном и репродуктивном здоровье людей, а также на здоровье детей и новорожденных [1]. Социальная значимость данной темы напрямую связана с развитием демографической ситуации в стране в ближайшие 10-15 лет, которая в значительной степени зависит от представлений современных подростков, находящихся на пороге репродуктивного возраста, о сексуальном поведении, репродуктивных установках и планировании семьи.

Цель. Сопоставить результаты анализа самооценки подростками и их объективного уровня знаний о сохранении репродуктивного здоровья и вирусе папилломы человека.

Методы исследования. Для выполнения поставленной цели студентами Гродненского государственного медицинского университета был разработан опросник, вопросы которого были разделены на четыре основных блока. Первые два блока были направлены на определение уровня знаний подростков о вирусе папилломы человека (ВПЧ) и методах его профилактики. В третьем блоке подросткам предложено самостоятельно оценить свой уровень знаний по 10-бальной шкале, где 1-минимальный балл, а 10 – максимальный. Также в данном блоке было предложено в открытой форме высказать своё мнение о необходимости информирования подростков об инфекциях, передаваемых половым путём (далее ИППП). Четвертый блок направлен на получение общих данных об опрашиваемых с учётом их анонимности.

В анкетировании добровольно приняло участие 150 подростков: 50 студентов Гродненского государственного медицинского университета, 50 учащихся Полесского государственного аграрного колледжа им. В. Ф. Мицкевича» г. Калинковичи, 50 учащихся средней школы №37 г. Гродно. Анкетирование проводилось в период с 19.10.2021 по 25.10.2021 гг.

Результаты и их обсуждение. При самостоятельной оценке уровня информированности подростков об ВПЧ и методах его профилактике 8,6% считают, что верно ответили на все представленные вопросы и их знания

достойны 10-баллов. На 9 баллов себя оценили 1,3%, на 8 баллов – 9,3%, на 7 баллов – 14%, на 6 баллов -13,4%, на 5 баллов – 12%, на 4 балла – 6,7%, на 3 балла – 8%, на 2 балла – 8,7%, на 1 балл – 12%. Только 6% считают, что они не верно ответили на все представленные вопросы и из знания равны 0.

Однако, опираясь результаты, полученные при анализе ответов на вопросы первых двух блоков, были получены следующие результаты: 83,3% опрошенных верно отметили половой путь передачи ВПЧ, при этом 67,3% считают, что инфицирование протекает с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин. 74,7% и 54,7% правильно отметили основные факторы, повышающие риск инфицирования ВПЧ: беспорядочную половую жизнь и не использование барьерных методов контрацепции соответственно. 58% точно уверены, что ВПЧ способно вызывать заболевания, однако именно онкологические заболевания отмечают только 32%. На вопрос, может ли вирус бессимптомно протекать в организме человека, 51,3% верно ответили, что может. Вакцинация – единственный 100%-вариант защиты от онкологических заболеваний, причиной которых является ВПЧ-инфекция. Однако о данном методе слышало только 26% опрошенных. Остальные же методы: применение барьерных методов контрацепции и наличие одного полового партнёра, – способны лишь снизить риск инфицирования данным вирусом. Однако 63,3% и 20,7% соответственно считают их эффективными при борьбе с вирусом. Кроме того, 53,3% считают, что говорить на темы сохранения репродуктивного здоровья необходимо в учреждениях образования, а получать информацию они бы хотели от врачей или из интернета.

Формирование правильных представлений у современных подростков о сексуальном поведении, репродуктивных установках и планировании семьи – главная задача как системы здравоохранения и государства в целом, так и каждой отдельной семьи. Таким образом, можно сделать вывод, что выполнение данной задачи требует интегративной работы трех основных социальных институтов: политического, культурного и института семьи и брака. Эффективность их работы напрямую зависит от рациональной и правильной организации первичной профилактики основных рисков форм репродуктивного поведения молодежи, главной из которых является высокая распространенность ИППП у подростков. К первичной профилактике относится общественное и индивидуальное просвещение о заболеваниях, передаваемых половым путём, и их последствиях средним медицинским персоналом как самих подростков, так и их родителей и педагогов.

Сложность данной задачи связана с значительным вкладом в формирования мировоззрения и полового поведения средств массовой информации и сети интернет, которые в значительной степени поощряют вредные привычки [1]. Кроме того, сеть интернет богата недостоверными источниками информации, которые дезинформируют подростка и направляют на неверные решения. Согласно ответам подростков на вопрос, каким бы источникам информации Вы доверились при получении новых знаний в теме

репродуктивного здоровья, лидирующее место занял интернет, что еще раз доказывает необходимость раскрытия данной проблемы в контексте учебно-воспитательного процесса в основных социальных группах подростков: школе и семье, – с использованием новых актуальных во всем мире методик, основанных на принципе «равный обучает равного», которые были успешно апробированы на учащихся трех различных учреждений образования: школе, колледже и университете [3, 4].

Выводы. При сопоставлении результатов самостоятельной оценки знаний подростков о вирусе папилломы человека (далее ВПЧ) и их уровня знаний, полученного в результате опроса, было выявлено, что уровень их субъективных знаний соответствует уровню объективных. Однако факты, что около половины опрошенных оценили свои знания ниже среднего (ниже 5 баллов), а половине подростков совершенно не интересно получение новых знаний о данной проблеме, еще раз доказывают необходимость изменения отношения к организации работы в рамках полового воспитания с подростками.

Полученные данные позволяют рекомендовать внедрение информационных мероприятий, основанных на принципе «равный обучает равного», на тему сохранения репродуктивного здоровья в учебно-воспитательную работу различных учреждений образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем 2016–2021 на пути к ликвидации ИППП// Всемирная организация здравоохранения. Июнь 2016 г. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250268/WHO-RHR-16.09rus.pdf;jsessionid=F31EF63A9954020CE2F5873F3F7C4E9E?sequence=1> (дата обращения: 21.12.2021)
2. Данькина, В. В. Актуальность сохранения репродуктивного здоровья подростков / В. В. Данькина, К. В. Данькин, И. А. Данькина // Здоровый образ жизни ребёнка : Сборник материалов региональной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 29 ноября 2017 года. – Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет, 2017. – С. 17-19.
3. Методика разработки дизайна информационного мероприятия по первичной профилактике вируса папилломы человека/ Заяц В.А., Шедь К.В. // Современные достижения молодых ученых в медицине – 2021: сборник материалов VIII Республиканской научно-практической конференции с международным участием, 26 ноября 2021 г. [Электронный ресурс]/ [редкол.: Е. Н. Кроткова (отв. ред.) [и др.]. – Электрон. текстовые дан. и прогр. (объем 4,7 Мб). – Гродно: ГрГМУ, 2021. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). ISBN 978-985-595-670-0.
4. Реализация подхода «Равный обучает равного»: пособие для педагогов-консультантов: учеб.-метод. пособие / Н. А. Залыгина, М. Е. Минова, Е. Ф. Михалевич; ГУО «Акад. последиплом. образования». – Минск: АПО, 2016. – 140 с.

СОВРЕМЕННАЯ ДИНАМИКА МЕДИЦИНСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ И СТРУКТУРА РЕНТГЕНРАДИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Зиматкина Т. И., Александрович А. С., Маркевич Н. Б.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Известно, что современный вклад рентгенорадиологических исследований (РРИ) в коллективную дозу облучения населения планеты (1,6 млн Зв/человек) значителен и составляет около 35%. Каждый год в мире терапевтическому медицинскому облучению (МО) подвергается около 5 млн. человек, 1/3 из которых составляет детское население. В мире наблюдается стремительный рост и расширение масштабов использования источников ионизирующих излучений (ИИИ) в различных сферах деятельности человека, в том числе, в медицине для диагностики и лечения различных нарушений здоровья.

Сегодня в Республике Беларусь медицинское применение ИИИ является главным техногенным фактором облучения населения. Объемы РРИ значительны и продолжают расти, превышая 1 процедуру на каждого жителя в год. Если в 1987 г. в Беларуси, как и в Российской Федерации, частота диагностических РРИ составляла в среднем 1,1 процедуры на одного жителя страны, то в 2013 г. – уже 1,7, а по Минску и Бресту – 2,1 и 2,0 процедуры соответственно.

Воздействие МО за период наблюдения с 1970 г. по настоящее время возросло более чем в два раза (с 0,3 мЗв до 0,78 мЗв/чел. в год) и занимает второе место по вкладу в суммарную дозу после естественного радиационного фона. В развитых странах уровень МО возрос в 2,2 раза с 0,90 мЗв/чел. до 1,96 мЗв в год. При этом уровень облучения населения планеты от других ИИИ за аналогичный период времени увеличился менее значительно (в 1,1 раза), а уровень профессионального облучения даже снизился (в 2,3 раза) [1–3].

В перспективе следует ожидать дальнейшего увеличения масштабов использования ИИИ в медицинских целях в связи с успехами техники и экономическим развитием общества. Возрастание значения компьютерной томографии (КТ) и интервенционных процедур в медицинской практике будет способствовать дальнейшему увеличению использования рентгеновского излучения. В связи с ростом онкологических заболеваний радиоизотопы будут еще шире применяться для определения локализации опухолей и исследования различных процессов в органах и тканях. Практика ядерной медицины будет активно двигаться вперед благодаря использованию новых, более избирательно

действующих в организме радиофармацевтических препаратов для диагностики и лечения.

Поэтому именно МО в связи с возможным вредным и опасным действием радиационного фактора на организм человека и широким применением в лучевой диагностике и терапии, ядерной медицине и интервенционной радиологии заслуживает пристального анализа и изучения в плане оптимизации воздействия и ограничения негативных побочных эффектов.

Цель. Анализ современной динамики МО и структуры РРИ населения в Республике Беларусь за последние годы.

Методы исследования. В работе использованы сравнительно-оценочный и аналитический методы исследований для обобщения и систематизации официальных статистических данных Министерства Здравоохранения Республики Беларусь и материалов Государственного дозиметрического регистра. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что для настоящего времени характерны большой масштаб применения и постоянный рост МО как взрослого, так и детского населения страны. Так в 2014, 2015, 2016, 2017 и 2018 годах было выполнено населению более 13,5 млн. РРИ (13,794 059; 13 610 096; 13 921 969; 13 982 016 и 14 435 605 соответственно). При этом около миллиона рентгенорадиологических исследований было проведено детям (в 2014, 2015 и 2018 годах соответственно 995,7; 983,5 и 1 132,8 тыс.). Рост медицинского облучения у взрослого и детского населения за последние 5 лет составил соответственно 4,65% и 13,77%. Полученные данные свидетельствуют о более значительном росте применения РРИ у пациентов детского возраста по сравнению со взрослыми (в 2,96 раза). В этой связи следует отметить, что организм ребенка гораздо более чувствителен к воздействию ИИИ по целому ряду причин.

Вклад различных видов лучевой диагностики в общее число РРИ в Беларуси в 2015 и 2018 гг. был следующим: флюорография соответственно – 37,4% и 40,7% (снижение на 3,3%); рентгенографии – 54,3% и 56,4% (рост на 2,4%); КТ – 2,7% и 3,4% (на 0,7%); рентгеноскопия – 1,5% и 1,8% (рост на 0,3%); радионуклидные исследования – 0,8% и 0,6% (снижение на 0,2%); ангиографические и рентгенохирургические исследования увеличились на 0,3%.

Годовая коллективная доза облучения жителей Беларуси, полученная при прохождении профилактических и диагностических РРИ увеличилась в 2014 г. на 5,1%, что составило 257,7 чел-Зв (с 5 094,51 до 5 352,21 чел-Зв), а в 2018 г. была равна 5 109 чел-Зв (увеличение на 5 чел-Зв).

Показано, что средняя эффективная доза облучения на одного человека, полученная при прохождении рентгенорадиологических методов исследований, увеличилась в 2015 г. по сравнению с 2014 г. на 3,7% (с 0,54 до 0,56 мЗв), в том числе, у взрослого населения возросла на 3,1% (с 0,64 до 0,66 мЗв), а у детей и подростков увеличилась на 9,0% (с 0,11 до 0,13 мЗв). В 2018 г. средняя эффективная доза облучения на одного жителя составила 0,54 мЗв, Число

обследований на одного жителя РБ с 2014 по 2015 гг увеличилось на 13,3% (с 1,5 до 1,7), а в 2018 г. составило 1,5.

Установлено, что в Беларуси высокодозовые РРИ составляют небольшую долю среди других медицинских процедур. Анализ динамики структуры высокодозовых РРИ, выполненных взрослому населению страны, свидетельствует об увеличении числа КТ, рентгеноскопических, ангиографических и рентгенохирургических исследований.

Выводы. В результате проведенных исследований установлено, что в последние годы наблюдается тенденция РРИ у взрослого и особенно детского населения страны за счет более активного применения высокодозовых исследований. Несмотря на относительно небольшой процент их использования, высокодозовые РРИ продолжают вносить существенный вклад в дозу медицинского облучения у взрослого и детского населения страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зиматкина, Т. И. Анализ динамики медицинского облучения в Гродненском регионе и Республике Беларусь для радиационной безопасности пациентов / Т. И. Зиматкина, А. С. Александрович // Конгресс Российского общества рентгенологов и радиологов : сб. тез., Москва, 6–8 нояб. 2019 г. – Москва, 2019. – С. 69–70.

2. Здравоохранение в Республике Беларусь : офиц. стат. сб. за 2015 г. – Минск : ГУ РНМБ, 2016. – 278 с.

3. Федорущенко, Л. С. Вклад различных видов рентгенологических исследований в дозу медицинского облучения населения в Республике Беларусь в 2018 г. / Л. С. Федорущенко, А. Е. Филютин // Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике : матер. Междунар. науч.-практ. конф, Гомель, 23–24 мая 2019 г. ; под общ. ред. А. В. Рожко. – Гомель : ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019. – 220 с.

4. Зиматкина, Т. И. Сравнительный анализ использования источников ионизирующего излучения и динамики медицинского облучения в Гродненском регионе и Республике Беларусь / Т. И. Зиматкина, А. С. Александрович, Н. Б. Маркевич // Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике : материалы междунар. науч.-практ. конф., Гомель, 23–24 мая 2019 г. / ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» ; под общ. ред. А. В. Рожко. – Гомель, 2019. – С. 51–52

ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Кузнецов О. Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Трудности диагностики, распространенность онкологических процессов, их медицинская, социальная и экономическая значимость, а также высокий уровень летальности определяют актуальность

борьбы с ними и делают проблему изучения механизмов их ранней диагностики и профилактики одной из ключевых в здравоохранении [4]. В 2020 году в мире зафиксировано 19,3 миллиона новых случаев онкозаболеваний и почти 10 миллионов случаев смерти от рака. Рак толстого кишечника (РТК) остается частой патологией. Ежегодно в мире выявляется около 1,1 миллиона новых случаев, из них 50% умирает. В Беларуси в год выявляется около 50 тыс. пациентов с впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием. Страна входит в группу стран с относительно не высокими уровнями заболеваемости рака толстого кишечника, мало отличающимися от стран Балтии, России и Украины. За последнее десятилетие заболеваемость увеличилась в три раза. Значимым фактором риска развития РТК является возраст, при этом вероятность возникновения опухоли возрастает после 55 лет и достигает максимума после 70 лет. В молодом возрасте развивается на фоне хронических заболеваний кишечника и полипоза [1]. Около 10% опухолей относят к наследственным. Вероятность развития рака у носителей мутаций на протяжении жизни составляет 80-85%. «Семейный анамнез», который является значимым диагностическим признаком, зачастую не анализируется [2]. Перспективным является определение групп риска, обеспечивающим выявление опухоли на ранних стадиях. С учетом прогресса молекулярной биологии, можно говорить о новых путях выявления опухолей, хотя единого подхода в формировании групп риска нет.

Цель. Уточнение клинико-генеалогических критериев диагностики и развития опухолей кишечника

Методы исследования. Проведена оценка популяционного, госпитального скрининга и скрининг онкологического регистра пациентов Гродненского региона, полнота охвата – 13 182 человек: 612 пациентов онкологического диспансера, в том числе 196 госпитализированных в стационар, 12 570 практически здоровых лиц. Семейный анамнез изучен у 10 706 респондентов, в том числе при госпитальном скрининге – 401. Клинические и генеалогические особенности РТК оценены в анамнезе 865 (47,19%) из 1833 пациентов, состоящих на учете. На основании результатов исследования, скрининга онкологического регистра региона (1960-2014) и данных народонаселения, проанализирована частота встречаемости опухолей в регионе: анализировались показатели заболеваемости (частота выявления новых случаев в контингенте за период, в пересчете на 100 тыс. жителей). Результаты, получаемые в ходе обследования, заносились в оригинальную базу данных [3]. Статистический анализ проводили с использованием пакета статистических программ SPSS13.

Результаты и их обсуждение. Анализ частоты выявления онкозаболеваний в регионе показал, что рак молочной железы чаще выявляли в г. Гродно, Лидском и Слонимском районах, $p < 0,0001$. У мужчин данная опухоль выявлялась в Берестовицком, Зельвенском, Сморгонском и Мостовском районах и ни одного случая за 45 лет нет в Вороновском и

Свислочском районах, $p < 0,0001$. Рак яичников чаще обнаруживался в Лидском и Слонимском районах, $p < 0,0001$. Рак предстательной железы – в Мостовском, Гродненском, Берестовицком и Свислочском районах ($p < 0,0001$). Рак прямой и/или поперечно-ободочной кишки выявляли чаще в Берестовицком, Зельвенском и Слонимском районах, $p < 0,0001$. Рак щитовидной железы выявляли в 3-5 раза больше в Сморгонском, Слонимском районах и г. Гродно, $p < 0,0001$. Высокая накопленная онкологическая заболеваемость по всем локализациям отмечена в Берестовицком, Слонимском, Лидском, Мостовском районах и г. Гродно, низкая – Вороновском, Островецком, Кореличском и Щучинском.

Анализ заболеваемости в зависимости от возраста на момент постановки диагноза показал, что достоверно чаще опухоли у лиц моложе 30 лет отмечались в Слонимском, Лидском районах и г. Гродно, $p < 0,0001$. Наибольшее число случаев заболеваний в возрасте 18-30 лет – в Волковысском, Лидском районах и г. Гродно, $p < 0,0001$. Первично-множественные опухоли диагностировались в 2 раза чаще в Берестовицком, Мостовском районах и Гродно, $p < 0,0001$. Сочетания диагнозов (РМЖ, РЯ, РТК, щитовидная железа, простата) определялись в Берестовицком, Мостовском, Зельвенском районах и г. Гродно, ни разу – в Ивьевском и Свислочском районах, $p < 0,0001$.

Наибольшая накопленная заболеваемость, в возрасте до 7 лет, зарегистрирована в Берестовицком, Дятловском и Волковысском районах, в возрасте 8-12 лет – в Дятлово, Ивье и Щучине, в возрасте 13-17 лет – в Ошмянском, Слонимском, Сморгонском районах и г. Гродно, в возрасте 18-30 лет – в Лидском и Сморгонском районах, г. Гродно (по сравнению с заболеваемостью в соответственных возрастных группах, $p < 0,0001$).

Наиболее часто опухоли диагностировались в Берестовицком, Слонимском, Лидском, Мостовском районах и г. Гродно. Можно предположить, что в промышленных районах заболеваемость связана с загрязнением окружающей среды (повышение частоты мутаций): косвенно это подтверждается самой высокой частотой опухолей среди лиц молодого возраста. В Берестовицком и Мостовском районах встречаются первично-множественные опухоли, а также рак груди у мужчин: вероятно, фактор, способствующий повышенной онкологической заболеваемости – наследственная предрасположенность.

Оценка распределения пациентов по полу и возрасту установило, что мужчины составляли 61,9% всех респондентов: увеличивалось количество мужчин по мере увеличения возраста возникновения онкозаболевания при постановке на учет ($p < 0,01$).

Семейный анамнез проанализирован в регионе в соответствии с Амстердамскими критериями [5]. Встречаются наследственные колоректальные раковые синдромы в соответствии с Амстердамскими критериями, частота которых от 0,1% (подозрительный, наследственный неполипозный РТК) до 39,8% (рак, семейное скопление, 3 опухоли у родственников). Одна родословная

(0,11%) соответствовала критериям «Амстердам I»: наличие трех родственников с РТК (КРР, рак ректосигмоидного соединения), 2 заболевших родственника I степени родства, РТК в двух поколениях, возраст заболевшего родственника 35 лет. Всего обнаружено 452 случая КРР. Возраст на момент постановки диагноза: $57 \pm 2,3$ лет. В 65,9% случаев (298 пациентов) опухоли локализованы в нисходящей части толстой кишки. Выявлено три семьи (0,35%) соответствующие критериям «Амстердам II». В одном случае (0,11%) признаки характерные для подозрительного наследственного неполипозного рака толстой кишки: КРР у родственника I степени родства, РТК выявлен в 38 лет. Критериям «Расширенного» подозрительного наследственного неполипозного РТК соответствовало 2 родословные (0,23%). В обоих случаях сочетание с раком яичников. Возраст при постановке диагноза: $63 \pm 2,8$ года. К «Последнему исходному» наследственному неполипозному РТК, или соответствовавшему критериям «Амстердам II», без ограничения возраста, отнесено 83 случая (9,6%).

На основании анализа? принимая во внимание, что одним из основных критериев отбора пациентов с РТК для дальнейшего молекулярно-генетического исследования является возраст? на момент постановки диагноза (<50 лет), а также учитывая, что такие пациенты составили 43,7% от числа состоящих на учете в регионе, предложены диагностические критерии оценки степени риска развития рака: подозрение на наличие наследственного РТК, высокий клинический риск возникновения. Скрининг по предложенным критериям показал: среди лиц с установленным диагнозом РТК (скрининг регистра), высокий риск развития процесса составил 1,68% ($p < 0,05$); при госпитальном скрининге – 6,63% пациентов с высоким риском и 27,04% – с подозрением на наличие процесса. Популяционный анализ выявил суммарный высокий риск и подозрение на наличие процесса в 0,5% популяции.

Выводы. Проведен анализ и оценка критериев развития опухоли в зависимости от клинических и генеалогических особенностей рака толстого кишечника, предложены критерии дифференциальной диагностики данной патологии у практически здоровых лиц.

Наибольшая накопленная заболеваемость РТК наблюдается в Берестовицком, Слонимском, Лидском, Мостовском районах и г. Гродно, что позволяет предположить, что в промышленных населенных пунктах высокая онкологическая заболеваемость связана с повышенным загрязнением окружающей среды, способствующим повышению частоты мутаций (самая высокая частота онкозаболеваний среди лиц молодого возраста). В Берестовицком и Мостовском районах с высокой частотой встречаются первично-множественные опухоли, а также рак груди у мужчин (фактор, способствующий повышенной заболеваемости – наследственная предрасположенность).

Высокий риск развития РТК наследственного генеза имеется у 0,5% населения региона. Частота выявления лиц с высоким риском развития наследственного КРР, выше при госпитальном скрининге, $p < 0,002$. Удельный

вес лиц в группе повышенного риска развития РТК составил 8,39%. Данные лица нуждаются в дальнейшем динамическом наблюдении с целью ранней диагностики.

Роль Амстердамских критериев в диагностике наследственного неполипозного рака в регионе ограничена. Предложенные критерии формирования групп риска развития РТК адекватны и удобны для онкогенетического скрининга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020 / RL Siegel, KD Miller, A. Jemal // *CA Cancer J Clin.* 2020. – 70(1). – P.7–30. doi: 10.3322/caac.21590.
2. Об онкогенетическом консультировании: Приказ Мин. Здрав. Респ. Беларусь, 27 дек. 2007 г. № 1018 // Бел. правовой портал [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://pravoby.info/docum09/page168.htm> – Дата доступа : 16.10.2021.
3. Информационная система учета и мониторинга онкологических заболеваний: пат. № 675 Респ. Беларусь / О. Е. Кузнецов; заявитель Кузнецов О. Е.. – С20140041; опубл. 20.06.2014 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці.
4. Кузнецов, О. Е. Вирус-ассоциированный гепатоцеллюлярный рак печени / О. Е. Кузнецов, В. М. Цыркунов // *Гепатология и гастроэнтерология.* 2021. Т. 5, № 1. С. 17-24. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2021-5-1-17-24>.
5. Vasen H., Mecklin J., Khan P., Lynch H. International Collaborative Group on hereditary non-polyposis colorectal cancer (ICG-HNPCC) // *Dis. Colon Rectum.* – 1991. – Vol. 34. – P.424-425.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИКРОНУТРИЕНТНОГО СОСТАВА РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН-ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Лисок Е. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Женщины-врачи акушеры-гинекологи осуществляют профессиональные обязанности во вредных условиях труда, что обусловлено повышенной напряженностью трудового процесса в сочетании с неблагоприятным влиянием факторов производственной среды биологической и химической природы [2].

Производственная же деятельность в таких условиях требует существенной коррекции питания, которое является одним из важных факторов повышения устойчивости организма к воздействию любых неблагоприятных факторов окружающей среды [3].

Учитывая все вышесказанное, несомненный интерес вызвало изучение микронутриентного состава рационов питания женщин-врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста, поскольку именно минеральные вещества и витамины позволяют обеспечивать нормальное функционирование всех систем организма.

Цель. Оценить с гигиенических позиций микронутриентный состав рационов питания женщин-врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста.

Методы исследования. Материалы и методы. Изучены рационы питания 300 женщин репродуктивного возраста (23-49 лет), занятых в организациях здравоохранения г. Гродно и Гродненской области.

Основную группу составили врачи акушеры-гинекологи (n=100), которая была разделена на две подгруппы: первая (n=50) – врачи, осуществлявшие производственную деятельность в стационарных условиях; вторая (n=50) – врачи, оказывавшие медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. В группу сравнения были включены врачи-терапевты участковые поликлиник (n=100). Группа контроля (n=100) представлена женщинами с высшим образованием, занимавших должности бухгалтеров, экономистов, юристов и секретарей.

Характер и структура их фактического питания были изучены на основе инструкции по применению «Изучение фактического питания на основе метода анализа частоты потребления пищевых продуктов», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь 15.12.2011 г. № 017-1211. Полученные результаты были сопоставлены с показателями санитарных норм и правил «Требования к питанию населения: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь», утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 20.11.2012 г. № 180, с изменениями, внесенными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 16.11.2015 г. № 111.

Формирование исследовательской базы и статистические расчеты выполнены при применении пакета прикладных компьютерных программ Microsoft Office Excel 2013 и STATISTICA 10.0. Нормальность распределения количественных признаков была оценена по критерию согласия Колмогорова-Смирнова. Полученные результаты были представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного диапазона ([Q1-Q3]). Для определения статистической значимости различий использован точный тест Фишера.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что микронутриентный состав рационов питания значительной части женщин как основной группы, так и групп сравнения и контроля отклонялся по ряду параметров от нормативных значений (таблица).

Таблица – Микронутриентный состав рационов женщин сравниваемых групп

Микронутриенты (значение норматива)	Среднесуточное потребление макронутриентов, мг(мкг)/сут							
	группы женщин							
	основная				сравнения, n=100		контроля, n=100	
	первая подгруппа, n=50		вторая подгруппа, n=50					
	Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3
Железо (18-40 мг/сут)	16,5	11,7- 18,7	14,4	10,8- 19,0	16,3	12,3- 22,6	14,7	10,1- 20,1
Кальций (1000-2500 мг/сут)	768,6	545,9- 1094,0	762,7	513,8- 958,9	860,7	688,6- 1301,0	698,8	452,2- 1071,0
Магний (400-800 мг/сут)	258,8	202,2- 355,0	265,7	224,3- 363,9	320,2	229,1- 400,0	272,8	187,3- 365,1
Фосфор (800-1600 мг/сут)	1036,0	806,1- 1387,0	983,2	802,1- 1302,0	1246,7	929,1- 1628,0	965,1	707,3- 1462,0
Витамин А (900-3000 мкг РЭ/сут)	400	300- 800	300	200- 600	500	300- 800	300	100- 600
Витамин б-каротин (5,0-10,0 мг/сут)	1,9	1,0- 4,9	3,3	1,6- 5,5	4,3	1,9- 7,2	3,2	1,2- 4,5
Витамин Е (15-150 мг ТЭ/сут)	12,4	7,9- 22,5	14,8	10,9- 23,1	17	13,6- 23,9	16,8	11,0- 24,7
Витамин С (90-900 мг/сут)	110,3	64,0- 187,5	129,1	91,0- 206,0	146,1	94,2- 199,6	113,1	59,6- 188,1
Витамин В ₁ (1,5-5,0 мг/сут)	1,0	0,6- 1,3	1,0	0,8-1,4	1,0	0,8- 1,4	0,9	0,6- 1,3
Витамин В ₂ (1,8-6,0 мг/сут)	1,3	0,9- 1,7	1,1	0,9-1,5	1,5	1,1- 1,9	1,2	0,8- 1,7
Витамин РР (20-60 мкг/сут)	12,9	8,6- 17,8	13,3	9,5-17,2	13,8	10,8- 18,4	12,0	8,5- 17,0

Дополнительный анализ данных, представленных в таблице, позволил установить, что суточные пищевые рационы значительной части женщин основной группы оказались обедненными Fe, недостаток поступления которого по отношению к нормативным значениям мог достигать до 68,4%, Ca – до 76,6% и Mg – до 90,6%.

Суточное потребление как жирорастворимых, так и водорастворимых витаминов с пищей женщинами-врачами акушерами-гинекологами также было понижено: дефицит поступления мог достигать для витамина А – до 77,8%, β-каротина – до 80%, витамина Е – до 52,6%, витамина В₁ – до 60%, витамина В₂ – до 50%, витамина РР – до 43%.

Следует подчеркнуть, что установленная в ходе исследования общая картина неблагополучия пищевых рационов по содержанию ряда микронутриентов в целом характерна для женщин репродуктивного возраста,

проживающих на территории Гродненской области [1]. При этом имевшийся хронический дефицит потребления ряда витаминов и минеральных веществ мог усугублять воздействие вредных факторов производственной среды и трудового процесса на организм женщин-работниц.

Результаты исследования также свидетельствуют о том, что только относительно небольшое число женщин-врачей ($18,0 \pm 3,8\%$ – первой и $32,0 \pm 4,6\%$ – второй подгрупп основной группы, а также $33,0 \pm 4,7\%$ – группы сравнения), несмотря на наличие профессионального медицинского образования, очевидно, вследствие не вполне сформированных представлений о рациональности питания пытались обеспечить нормальное поступление микронутриентов употреблением витаминно-минеральных добавок (группа контроля – $25,0 \pm 4,3\%$).

Выводы. Таким образом, рационы питания значительной части женщин-врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста содержали недостаточное количество Fe, Ca, Mg, витаминов А, β -каротина, Е, В₁, В₂, РР, что не позволяло им компенсировать физиологические потребности организма в пищевых веществах и создавало выраженные предпосылки для снижения адаптационных резервов организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. О критериях недостаточности и дефицита витаминов у женщин репродуктивного возраста / В. В. Шилов [и др.] // Вопр. питания. – 2016. – Т. 85, № 2. – С. 175–176.
2. Сивочалова, О. В. Риск нарушений репродуктивного здоровья женщин при воздействии вредных факторов / О. В. Сивочалова // Журн. акушерства и жен. болезней. – 2005. – Т. 55, № 1. – С. 42–51.
3. Слуцкий, А. Р. Основные направления оптимизации питания работающих во вредных условиях труда / А. Р. Слуцкий, Б. А. Баландович // Росс. акад. мед. наук. Бюл. Нац. науч.-исследоват. ин-та обществ. здоровья. – 2012. – № 5. – С. 119–121.

ОЦЕНКА ВЗГЛЯДОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Машкова А. Е., Монида А. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В условиях низкого уровня рождаемости и высокого уровня смертности, который наблюдается в нашей стране, проблемы охраны репродуктивного здоровья приобретают высокую медико-социальную значимость. Репродуктивное здоровье является важнейшей частью популяционного здоровья и качественной характеристикой воспроизводства

населения. Особый интерес вызывает репродуктивное поведение молодежи, поскольку именно в молодом возрасте формируются модели поведения, многие из которых в будущем оказывают влияние на состояние здоровья и продолжительность жизни.

Цель. Изучить представление о состоянии репродуктивного здоровья студенток Гродненского государственного медицинского университета, оценить уровень ознакомленности девушек-студенток медицинского вуза в данной сфере.

Методы исследования. Нами было проведено анонимное онлайн-анкетирование с помощью *Google Форм* 104 студенток всех факультетов 1-6 курса Гродненского государственного медицинского университета.

Результаты и их обсуждение. Среди опрошенных респонденток: девушки-студентки 5 курса (47,1%), 3 курса (15,4%), 4 курса (12,5%), 1 курса (13,5%), 6 курса (5,8%), 2 курса (5,8%). Из них студентки лечебного факультета составили – 45,2%, педиатрического – 40,4%, медико-психологического – 8,7%, медико-диагностического – 5,8%. Средний возраст которых составил 20,5 лет. Большинство опрошенных «не замужем» (85,6%), «замужем» – 8,7%, в незарегистрированном браке живут – 5,8%. На момент опроса большая часть анкетированных проживало в общежитии (48,1%), в квартире 20,2% и 31,7% снимали жилье.

Абсолютное большинство респондентов, принявших участие в опросе считают, что владеют информацией о том, что такое репродуктивное *здоровье*. (97,1%). Из них 77,9% убеждены, что это способность к зачатию и рождению здоровых детей, 5,8% считают, что это возможность вести безопасную половую жизнь и получать от нее удовольствие, 4,8%-возможность вести полноценную и разнообразную половую жизнь, 5,8% полагают, что это состояние полного физического, умственного и социального благополучия.

Лояльное отношение к сексуальным связям в студенческом возрасте во многом определяет собственное сексуальное поведение. Целевая группа девушек нашего количественного исследования ответила, что живут половой жизнью (69,2%) среди них дебют сексуальных отношений был в возрасте 18 лет (24,1 %), у 18,3% в возрасте 19 лет, у 15,4% в возрасте 17 лет, у 4,8% в 20 лет, у 3,8% в 16 лет, у 1,9% в 21 год, у 1,9 в 15 лет. Остальные девушки не имели полового контакта (30,8%).

Стоит отметить, что у 34,6% был один половой партнер, у 16,3% – три, у 13,5% – два, у остальных более трех половых партнеров. У 9,6% девушек был случайный половой контакт. Хочется обратить особое внимание на то, что 81% используют при сексуальном контакте презерватив.

Среди опрошенных девушек, трое были беременны, из них две сохранили беременность, одна – сделала аборт, одна – родила ребенка, одна на момент опроса была еще беременна. Примечательно, что среди всех опрошенных 93,3% девушек считают важным планирование беременности. Большинство студенток

хотели бы создать семью и родить в возрасте от 25 до 28 лет (36,5% и 65,3% соответственно).

Важно заметить, что у более половины респондентов, воспитанием девушек-студенток занимались оба родителя (69,2%). Мы уверены, что хорошие отношения с родителями, совместное времяпровождение, беседы, в том числе об отношениях между мужчинами и женщинами, может придать уверенности во взрослении и сформировать благоприятную среду для создания семьи.

Анализ результатов по вопросу о причинах нарушения репродуктивного здоровья показал, что основной – все девушки считают инфекции, передающиеся половым путем (100%), кроме того: несоблюдение правил интимной гигиены (87,5%), прерывание беременности (75%), частая смена половых партнеров (57,7%), раннее начало половой жизни (30,8%), воздержание от сексуальных контактов (12,5%), сексуальная ориентация (5,8%), пренебрежение методами контрацепции (1%).

Заболеваниями со стороны женской половой системы страдают 16,3% опрошенных, среди них выделены эрозия шейки матки (5,8%), дермоидная киста яичника (0,96%) дисплазия шейки матки (0,96%), дисбиоз (0,96%), мультифолликулярные яичники (0,96%), синдром поликистозных яичников (2,88%), дисфункция яичников (0,96%), ановуляторный цикл (0,96%), олигоменорея (0,96%), дисменорея (0,96%). Девушки, имеющие у себя патологии со стороны щитовидной железы, указали наличие следующих заболеваний: гипотиреоз – 2,88%, аутоиммунный тиреоидит и субклинический гипотиреоз – 0,96%, кисты – 2,88%, зоб – 1,92%, аденома – 0,92%, тиреоидит – 0,92%. У остальных опрошенных заболеваний со стороны щитовидной железы не было. Заболеваниями со стороны мочевыделительной системы страдают 8,7% девушек. А именно: цистит – 5,8%, мочекаменная болезнь – 0,92%, пиелонефрит – 1,92%, инфекции мочевых путей – 0,92%, эктопия наружного отверстия уретры – 0,92%. Среди опрошенных – 3,2% перенесли инфекции, передающиеся половым путём, данная группа девушек указала у себя наличие вируса папилломы человека. Ни у кого из данной выборки нет сахарного диабета. Как известно, в определении факторов, влияющих на репродуктивное здоровье, является стресс и 81,7% опрошенных отметили, что часто испытывают психоэмоциональные нагрузки. С целью уточнения мнений респондентов о ЗОЖ были заданы соответствующие вопросы и по ответам: 13,5% имеют такую вредную привычку как курение. Частота курения составляет каждый день в среднем по 2-3 сигареты. 22,1% употребляют алкогольные напитки. На вопрос «как часто Вы употребляете алкогольные напитки?» ответы были: по праздникам, 2-3 раза в месяц. Спортом занимаются лишь 32,7% девушек. Девушки указывали различные спортивные категории такие как: тяжелая и легкая атлетика, фитнес, танцы, плавание, конный спорт, кроссфит, аэробика, баскетбол, стретчинг. Средний рост в выборке составил 165 см, средний вес 55 кг.

Выводы. На основании проведенного анкетирования можно сделать вывод о том, что студентки Гродненского государственного медицинского университета достаточно осведомлены о репродуктивном здоровье. Состояние репродуктивного здоровья у студенток благоприятное. Однако, необходимо проводить беседы и информационные мероприятия для того, чтобы увеличить количество респондентов, которые будут владеть информацией о репродуктивном здоровье.

Сохранение репродуктивного здоровья молодёжи является одной из основных задач современного общества. Для того, чтобы сохранить репродуктивное здоровье, респонденты считают необходимым проходить медицинские осмотры (99%), использовать презерватив (73,1%), вести здоровый образ жизни (56,7%), получать больше информации о ВИЧ, ИППП, болезнях половой сферы (54,8%), не злоупотреблять алкоголем (51%), избегать рискованных форм сексуального поведения (44,2%), сохранять верность одному партнеру (29,8%), уменьшить число сексуальных партнеров (24%), воздерживаться от сексуальных отношений до свадьбы (1,9%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие / Н. Н. Пилипцевич и др.; под ред. Н. Н. Пилипцевича. – Минск: Новое знание, 2015. – 784 с.
2. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. – 544 с.

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Мулярчик О. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из острых и первостепенных проблем нашего общества в последнее время является суицид среди молодежи. Высокий уровень суицидов заставляет задуматься о причинах этого явления и поиске оптимальных средств для его профилактики.

Цель. Изучить проблему суицида среди студентов медиков.

Методы исследования. Было проведено добровольное онлайн анонимное анкетирование 134 студентов второго курса педиатрического факультета Гродненского государственного медицинского университета. Анкета была создана на основе базы сервиса Google-формы, включала в себя следующие разделы: наличие факторов риска суицидального поведения среди студентов, наиболее частые причины такого поведения и возможные пути

решения данной проблемы. Проведена статистическая обработка с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTIKA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что среди опрошенных 68,7% (95ДИ (60.08%-76.39%)) мысли о суициде никогда не посещали, 19,4% (95ДИ (13.08%-27.12%)) иногда посещают, при этом 1,5% (95ДИ (0.1811%-5.288%)) мысли о суициде посещают часто.

Выявлено, что среди опрошенных 76,1% (95ДИ (67.99%-83.06%)) не сталкивались с попытками суицида в своей жизни, у 12% (95ДИ (3.117%-12.37%)) – попытки совершали близкие, 3% (95ДИ (0.8195%-7.466%)) респондентов предпринимали сами попытки суицида.

У 49,3% (95ДИ (40.52%-58.02%)) респондентов суицид навевает ужас, у 44,8% (95ДИ (36.18%-53.6%)) вызывает непонимание, недоумение, у 10,4% (95ДИ (5.831%-16.91%)) абсолютное равнодушие, у 5,2% (95ДИ (2.126%-10.47%)) вызывает интерес, у 3,7% (95ДИ (1.222%-8.493%)) жалость и желание помочь, у 1,5% (95ДИ (0.1811%-5.288%)) печаль.

При изучении причин, приводящих к суициду установлено, что наиболее частые это проблемы в семье-86,6% (95ДИ (79.6%-91.84%)), психологические проблемы в среднем/высшем учебном заведении – 85,8% (95ДИ (78.75%-91.24%)), проблемы с молодым человеком/девушкой – 85,1% (95ДИ (77.89%-90.64%)), депрессия – 84,3% (95ДИ (77.05%-90.03%)), душевная травма – 79,9% (95ДИ (72.05%-86.28%)), смерть близких – 75,4% (95ДИ (67.19%-82.4%)), серьезные материальные трудности – 49,3% (95ДИ (40.52%-58.02%)), а также желание подражательного самоубийства – 20,9% (95ДИ (14.36%-28.76%)), философские/религиозные взгляды – 18,7% (95ДИ (12.45%-26.3%)).

Выявлено, что 76,9% (95ДИ (68.8%-83.71%)) студентов считают суицид психическим расстройством, 38,1% (95ДИ (29.82%-46.84%)) – последствием политических, экономических и социальных кризисов, 7,5% (95ДИ (3.636%-13.3%)) считают, что суицид – это естественный отбор, 6,7% (95ДИ (3.117%-12.37%)) затруднились ответить.

Среди опрошенных 47% (95ДИ (38.34%-55.82%)) считают, что суицид – это обдуманно решение, 17,2% (95ДИ (11.2%-24.63%)) что спонтанное, 2,2% (95ДИ (0.4643%-6.403%)) что зависит от ситуации и 26,8% (95ДИ (19.58%-35.2%)) затруднились ответить. Среди опрошенных 76,1% (95ДИ (67.99%-83.06%)) считают, что человек имеет право распоряжаться своей жизнью, 6,7% (95ДИ (3.117%-12.37%)) с этим не согласны.

При анализе анкет установлено, что 85,1% (95ДИ (77.89%-90.64%)) респондентов не согласны с тем, что суицид – это единственный выход из ситуации, 11,2% (95ДИ (6.402%-17.79%)) затруднились ответить, 2,2% (95ДИ (0.4643%-6.403%)) согласны с тем, что суицид – это единственный выход.

Большинство респондентов считают, что помочь человеку, стоящему на грани суицида могут в первую очередь родные, так считают 83,6% (95ДИ

(76.21-89.42%), а также друзья – 79,1% (95ДИ (66.39%-81.74%) и психолог – 73,9% (95ДИ (65.59%-81.08%).

Выводы. Каждый пятый студент задумывался о суициде и 3% (95ДИ (0.8195%-7.466%)) предпринимали попытки суицида. Первое место среди причин суицида по мнению студентов занимают семейные проблемы и психологический дискомфорт в учебном заведении. Большинство студентов категорически не согласны с тем, что суицид является единственным выходом из ситуации и помочь в решении проблем могут в первую очередь родные. В молодежной среде актуальна работа по улучшению психологической атмосферы, обучению конструктивному принятию решений в сложных ситуациях, профилактике суицидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колмаков, А. А. Профилактика юношеского суицида: учебное пособие / А. А. Колмаков, Г. А. Бутрим, Н. П. Блаженкова. – Минск: Пачатковая школа, 2013 – 400 с.
2. Дементьева, С. П. Профилактика суицидов: от теории к практике: методические рекомендации / С. П. Дементьева, Т. С. Лукашевич. – Гродно: ГрГУ, 2016 – 40 с.
3. Ворсина, О. П. Проблема суицидального поведения детей и подростков: методические рекомендации / О. П. Ворсина, С. В. Дианова, Е. П. Чернигова. – Иркутск, 2014. – 28 с.

ОСОБЕННОСТИ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Пальцева А. И., Сеница Л. Н., Дырман Т. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь¹,
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»
г. Гродно, Республика Беларусь²

Актуальность. В последние десятилетия заболеваемость сахарным диабетом достигла уровня эпидемических заболеваний, составляя 1,0-8,6%. По данным статистических исследований, каждые 10-15 лет число людей, болеющих диабетом, увеличивается в 2 раза, данное заболевание приобрело характер неинфекционной эпидемии и стало важной медико-социальной проблемой [1]. Диабетическая фетопатия (ДФ) – пугающий беременных женщин диагноз. Среди всех эндокринных заболеваний сахарный диабет оказывает наиболее неблагоприятное воздействие на течение беременности, отрицательно воздействует на внутриутробное развитие плода и характеризуется полисистемным поражением, метаболическими и эндокринными дисфункциями [2].

Цель – установить особенности ранней постнатальной адаптации новорождённых от матерей, страдающих сахарным диабетом.

Методы исследования. Обследовано 68 младенцев, рождённых от матерей с сахарным диабетом в УЗ «ГОКПЦ» в 2020-2021 годах. 58 (85,3%) новорождённых были от матерей с гестационным сахарным диабетом, 10 (14,7%) – с сахарным диабетом I типа. Среди наблюдаемых пациентов доношенных было 55 детей, недоношенных – 5 младенцев. Проведено клинико-лабораторное обследование в соответствии с клиническими протоколами.

Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 для Windows (StatSoft. Inc., США).

Результаты и их обсуждение. Возраст матерей обследованных детей составил 29 (21; 35) лет, минимальный – 19, максимальный – 39.

В структуре соматической патологии у беременных превалировали: миопия различной степени (33,8%), ожирение различной степени (17,6%), хронический пиелонефрит (26,5%), хронический холецистит, мочекаменная болезнь – по 2 случая (по 2,9%), артериальная гипертензия (38,2%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (17,6%), гипотиреоз – 6 случаев (8,8%). Из акушерского анамнеза установлено, что у 16 (23,5%) детей родились от первой беременности, 40 (58,8%) – 2-ой, 12 (17,6%) от 3-5-ой беременности. Гестация протекала с угрозой прерывания в 72,1% случаев, осложнялась гестозом 26 женщин (38,2%), плацентарной недостаточностью у 67,6% матерей.

В связи с тяжёлым течением сахарного диабета и отягощённым акушерским анамнезом, путём операции кесарева сечения родилось 35 детей (51,5%), через естественные родовые пути – 33 ребенка (48,5%). Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте составила 8 баллов, на 5-ой – 9 баллов у 48,5% новорожденных; остальные дети имели по Апгар 8/8 баллов. Случаев асфиксии при рождении зафиксировано не было.

Гестационный возраст новорождённых составил 273 (246; 281) дня. В обследованной группе детей преобладали доношенные новорождённые. При оценке физического развития новорождённых установлено, что 51,5% детей были крупные к сроку гестации, минимальная масса при рождении составила 2480,0 г, максимальная – 5150,0 г. С массой тела более 4000,0 г родилось 36,8% детей, менее 3000,0 г – 8,8% младенцев. Длина тела составила 54 (50; 55) см, максимум – 58 см, минимум – 47 см. Установлено, что среди крупных к сроку гестации детей у 32,4% разница между окружностью грудной клетки и головы составила более 2 см.

Фенотипические признаки диабетической фетопатии выявлены у 45 (66,2%) детей, а у 23 (33,8%) детей полностью отсутствовали, однако морфофункциональная незрелость имела в 83,8% случаев. Наиболее часто отмечались такие клинические признаки, как общая пастозность, лунообразное лицо, короткая шея, избыточная масса тела, выраженный плечевой пояс, длинное туловище, относительно короткие конечности, гепатомегалия, спленомегалия.

Анализ особенностей течения раннего неонатального периода у новорожденных от матерей с сахарным диабетом показал, что ведущим клиническим симптомом, определяющим тяжесть состояния детей в раннем постнатальном периоде, явился синдром дыхательных расстройств (СДР) у новорожденного и был диагностирован у 36,8% младенцев. Проявления СДР были транзиторными, отмечались только в 1-2-е сутки жизни. Кислородотерапия путем дотации в кювез проводилась 5 новорожденным (7,4%), у 10 (14,7%) детей причиной дыхательных расстройств явилась врожденная пневмония. Кроме СДР на тяжесть состояния новорожденных оказывали влияние нарушения функции ЦНС. При проведении нейросонографии внутрижелудочковое кровоизлияние I-II было диагностировано у 2-х детей (2,9%), признаки перинатального поражения нервной системы гипоксически-ишемического генеза установлены у 12 детей (17,6%). Нарушений со стороны ЦНС и СДР, которые бы сопровождалось нарушениями центральной гемодинамики, у наших пациентов выявлено не было. Гипертрофическая кардиомиопатия при проведении эхокардиографии была выявлена у 3-х детей (4,4%), у 15 младенцев (22,1%) отличалось более длительное сохранение функционирующего артериального протока.

Лабораторное исследование уровня глюкозы в крови показало, что у 36 (52,9%) новорожденных детей от матерей с сахарным диабетом наблюдалась гипогликемия ($\leq 2,6$ ммоль/л), которая носила транзиторный характер. Клинических проявлений гипогликемии в виде тремора, цианоза, повышенной возбудимости, гипотермии не выявлено.

Внутриутробная инфекция осложнила течение раннего неонатального периода у 18 (26,5%) младенцев, в основном это были малые формы инфекции: ринофарингит, конъюнктивит. При лабораторном обследовании у 12 (17,6%) детей отмечалось высокое содержание гемоглобина (≥ 220 г/л), у 8 младенцев (11,8%) – полицитемия; однако на фоне инфузионной терапии данные показатели крови нормализовались в течение 1-2-х суток жизни. Гипербилирубинемия осложнила течение раннего неонатального периода у 67,6% новорожденных, что потребовало ранней консервативной терапии (фототерапия, инфузионная терапия, гепатопротекторы).

В биохимическом статусе у наблюдаемых нами пациентов выявлены следующие отклонения: гипопроотеинемия (23,5% случаев), гипокальциемия (14,7%), гипомагниемия (11,8%), ацидоз (29,4%).

Выводы. У детей, рожденных от матерей с сахарным диабетом, период ранней адаптации протекает с осложнениями: расстройства дыхания, гемодинамики, нарушения со стороны ЦНС, гипогликемия, гипербилирубинемия. Однако при своевременной коррекции выявленных нарушений состояние детей стабилизируется в течение 1-2-х суток жизни.

Таким образом, все новорожденные от матерей с сахарным диабетом нуждаются в особых условиях выхаживания и ранней коррекции выявленных нарушений, что будет способствовать сохранению здоровья в дальнейшем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние здоровья детей, рождённых от матерей с сахарным диабетом / Л. А. Харитоновна [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – № 3. – С. 26-31.
2. Неонатология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. – М : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ МОГИЛЁВСКОЙ ГУБЕРНИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА

Парфёнова Н. Н.

УО "Могилевский государственный медицинский колледж"
г. Могилев, Республика Беларусь

Актуальность. На протяжении второй половины XIX – начала XX века происходило постепенное формирование системы медицинского образования на территории Беларуси. Наиболее динамичным периодом развития является конец XIX – начала XX столетия, когда были открыты такие учебные медицинские заведения как Могилевская Центральная Повивальная школа, Могилевская Центральная фельдшерская школа, Гродненская повивальная школа, сыгравшие ведущую историческую роль в формировании системы среднего медицинского образования Беларуси. За почти пять десятилетий их существования накоплен ценный практический опыт, арсенал форм, методов и средств профессиональной подготовки. Осмысление этого наследия призвано способствовать эффективному и качественному обеспечению пересмотру медицинского образования на современном этапе развития.

Цель. Целью исследования является воссоздание в целостности теории и практики подготовки средних медицинских специалистов (повивальных бабок, акушерок, фельдшеров) в Беларуси (вторая половина XIX – начало XX века), раскрытие путей осуществления их профессиональной подготовки через характеристику медицинских учебных заведений того периода и определение возможных перспектив использования выявленного исторического опыта в современных условиях.

Методы исследования. Источниками исследования явились историко-педагогические и медико-исторические исследования, архивные материалы исследуемого периода (законодательные акты, делопроизводительные материалы канцелярий, правлений, учреждений образования, статистические тексты и авторские материалы). Использовались следующие методы исследования: метод выявления, изучения и систематизации источников; метод

анализа (сравнительно-исторический, ретроспективный, историко-логический), метод описания; метабиографический метод; метод исторического моделирования; метод математической обработки количественных показателей, анализ и синтез полученной информации в контексте исследуемой эпохи и современных социокультурных проблем образования и медицины как составного элемента национальной культуры.

Результаты и их обсуждение. В 1797 году в белорусских городах утверждается должность повивальной бабки на государственной службе, данное нововведение было обусловлено высокой женской и младенческой смертностью и необходимостью обеспечения квалифицированной медицинской помощью. Российское правительство не уделяло должного внимания вопросу подготовки медицинских кадров, особенно для Западных губерний и, на территории современной Беларуси, вплоть до середины 19 столетия, учебных заведений медицинского профиля не было.

12 февраля 1871 года в «Правительственном Вестнике» Министерством внутренних дел была опубликована статья медицинского департамента с обоснование необходимости открытия при больших больницах Империи учебных заведений для подготовки фельдшеров с предоставления права оказания самостоятельной медицинской помощи в сельской местности крестьянам. Глава сельской медицинской части (создана в 1869 году) Могилёвской губернии Н. М. Мандельштам в своих поездках по губернии столкнулся с низкой квалификацией повивальных бабок, высокой женской и младенческой смертностью, отсутствием доступной и квалифицированной медицинской помощи на селе. В уезде назначался 1 сельский врач, 5-6 фельдшеров, 1-3 повивальные бабки. Необходимость устройства фельдшерской школы в Могилеве не вызывала сомнений, губернская администрация имела опыт организации повивальной школы.

В декабре 1873 года Н. М. Мандельштам передал в Министерство внутренних дел проект открытия в Могилеве Центральной фельдшерской школы для Могилевской, Витебской и Минской губерний.

16 июля 1874 года Государственный совет выдал разрешение на открытие фельдшерской школы в Могилеве. Открытая 14 января 1875 года Центральная фельдшерская школа помещалась в отдельном здании, построенном на средства земских сборов трех губерний, на территории бесплатно отведенной приказом общественного призрения вблизи христианской больницы. На первоначальное устройство школы, на обеспечение всеми необходимыми учебниками, инструментами, хозяйственными принадлежностями была выделена сумма в 20300 рублей, разделенная поровну между тремя губерниями [6].

Школа была построена на 100 человек (50-учеников-пансионеров (казеннокоштные) и 50 вольноприходящих). Воспитанники-пансионеры, преимущественно крестьянского сословия, живут в здании школы, где получают полное содержание, за что были обязаны, после окончания курса отработать в той губернии, за счет которой обучались 1,5 года за каждый год

обучения. Вольноприходящие ученики, без различия сословия и вероисповедания, проживали в частных квартирах и посещали школу во время уроков и практических занятий, за что платили по 10 руб. в год.

Первый набор в Могилевскую Центральную фельдшерскую школу был объявлен в декабре 1874 года. Первые вступительные испытания проходили с 7 по 13 января 1875 года. На них кандидатам предстояло выдержать экзамен по 5 предметам: закон Божий, русский язык, латинский язык, арифметика, история и география. Знания оценивались по 5-ти бальной шкале и считался общий средний бал по 5-ти предметам [1].

В последующие годы прием учеников производился раз в год, в начале августа, принимали здоровых мальчиков в возрасте 13-16 лет, в 1-й специальный класс до 17 лет. Школа была разделена на 4 класса, из которых один пригготовительный и три специальных.

Пригготовительный класс разделен на два – младший и старший, срок обучения в каждом (как и на последующих курсах школы) один год. Пригготовительный класс был создан Н. М. Мандельштамом наподобие пригготовительного класса повивальной школы, для возможности поступления в школу малограмотных крестьянских детей. Согласно параграфа № 21 устава Могилевской Центральной фельдшерской школы, лица, которые плохо успевали (как правило, это были учащиеся крестьянского происхождения), могли быть оставлены на второй год обучения: «мальчики Витебской и Минской губернии едва грамотные и поэтому они не в состоянии усвоить на уровне с другими мальчиками» [2].

В I-м пригготовительном классе изучали: закон Божий, русский язык, латинский язык, арифметика, история и география [5].

Во II – пригготовительном классе в программу входили следующие предметы: закон Божий, русский язык, арифметика, история и география, уход за больными [4]. Поступающие в I-й специальный класс сдавали экзамен по предметам обоих отделений пригготовительного класса.

В I-м специальном классе преподавали следующие дисциплины: физику, ботанику, фармакологию, малые хирургические операции, анатомия и вскрытие тел (больница приказа общественного призрения предоставляла для этого трупы). Общие число уроков составляло 34 в неделю [3].

Во II-м специальном классе учащиеся должны были овладеть знаниями следующих учебных дисциплин: общая патология, диагностика, фармакология, гигиена, судебная медицина, хирургия, частная патология и терапия и сифилитические болезни. Число уроков составляло 32 в неделю.

В III-м специальном классе читались из новых предметов только глазные болезни и повторялось пройденной во II-ом специальном классе по хирургии и частной патологии и терапии.

При школе была организована бесплатная лечебница, где будущие фельдшера вели прием под руководством врачей, что «чрезвычайно благоприятно действует на развитие учеников, приучая их к сознательному

распознаванию болезней на основании научных данных и рациональному их лечению» [6].

Выводы. На основании работы фельдшерской школы в Могилеве министерство внесло представление в Государственный Совет об организации фельдшерских школ (подобных Могилевской) во всех других губерниях Российской империи, где не было введено земство. Таким образом руководством школы, во главе с первым директором Н.М. Мандельштамом, осуществлен огромный историко-педагогический вклад в становление медицинского образования на всей территории Беларуси.

ЛИТЕРАТУРА

1. НИАБ, фонд 2282, опись 1, ед.хр.1, лист 1;
2. НИАБ, фонд 2282, опись 1, ед.хр.1, лист 57;
3. НИАБ, фонд 2282, опись 1, ед.хр.1, лист 59;
4. НИАБ, фонд 2282, опись 1, ед.хр.1, лист 63;
5. НИАБ, фонд 2282, опись 1, ед.хр.1, лист 67;
6. Опыт описания Могилевской губернии в историческом, физикогеографическом, этнографическом, промышленном, сельскохозяйственном, лесном, учебном, медицинском и статистическом отношениях / сост. [с предисл.] и под ред. А. С. Дембовецкого. – Могилев, 1882 – 1884. – 3 т..

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ

Побиванцева Н. Ф., Сурмач М. Ю.

УО "Брестский областной кардиологический диспансер",
г. Брест, Республика Беларусь¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь²

Актуальность. Наиболее существенным для врачей-кардиологов, врачей-терапевтов является своевременность и качество выполнения диагностических исследований специалистами ультразвуковой и функциональной диагностики [1; 2]. Правильная организация процесса на основании адаптированной к современным реалиям новой нормативной базы министерства здравоохранения Республики Беларусь по взаимодействию служб, смогла бы значительно повысить качество оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения и сделать ее более доступной, снизив нагрузку на диагностические отделения. Важным представляется изучение возможностей «командной» работы в тандеме «медицинская сестра – врач функциональной (УЗИ) диагностики –

врач-кардиолог (терапевт, врач общей практики)». Наиболее существенным для врачей-кардиологов, врачей-терапевтов является своевременность и качество выполнения диагностических исследований специалистами ультразвуковой и функциональной диагностики [1; 2]. Правильная организация процесса на основании адаптированной к современным реалиям новой нормативной базы министерства здравоохранения Республики Беларусь по взаимодействию служб, смогла бы значительно повысить качество оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения и сделать ее более доступной, снизив нагрузку на диагностические отделения. Важным представляется изучение возможностей «командной» работы в тандеме «медицинская сестра – врач функциональной (УЗИ) диагностики – врач-кардиолог (терапевт, врач общей практики)».

Цель. Целью работы являлось определить перспективы развития сестринского дела в совершенствовании междисциплинарного взаимодействия диагностической и кардиологической служб.

Методы исследования. Изучен мировой опыт актуальности и решения затрагиваемых проблем, возможности обучения и современные квалификационные требования средних медицинских работников и врачей ультразвуковой диагностики, аспекты кадровой обеспеченности диагностических служб.

Результаты и их обсуждение. Мировой опыт работы в этом направлении свидетельствует о том, что данная проблематика так же актуальна и успешно решается в европейских странах, США, Канаде и России [3]. Учитывая значимость своевременного диагностического исследования, в этих странах внедрено, а в России в стадии внедрения в кардиологии и кардиовизуализации мобильных ультразвуковых устройств и FOCUS-протокола, по рекомендациям Европейского кардиологического общества (ESC), Европейского общества неотложной кардиологии ((ACCA) и Европейского общества кардиовизуализации (EACVI). Об этом было доложено на II съезде аритмологов и III съезде кардиологов и кардиохирургов 16-17 сентября 2021 года в г. Минск.

Возрастающие потребности населения в диагностических процедурах, продиктованные в том числе последствиями пандемии COVID-19, требуют изменить подход к существующей системе организации диагностической помощи, обеспечив непрерывность и качество лечебно-диагностического процесса.

Вместе с тем, по данным государственной статистической отчетности, в структуре ультразвуковой диагностики Брестской области задействовано 30% врачей-совместителей, не прошедших курсы первичной переподготовки по данной специальности [4] и не владеющих методиками сложных диагностических исследований. Это способствует тому, что специальные ультразвуковые исследования, выполняемые в сложных диагностических случаях и при проведении дифференциальной диагностики патологии различных органов и

систем выполняются в недостаточном для лечебно-диагностического процесса количестве. Удельный вес таких процедур в общей структуре исследований, по данным Брестской области, составляет всего 5% [4].

Опыт зарубежных стран и анализ литературных источников [5] показал, что фокусированная ЭхоКГ является высокоинформативной при различной сердечной патологии. Методу легко обучить в короткие сроки медицинских работников (врачей и медицинских сестер), имеющих определенную подготовку. Результаты FOCUS хорошо коррелируют с результатами трансторакальной ЭхоКГ [3] и позволят значительно улучшить доступность диагностической помощи.

Выводы. Таким образом, используя опыт зарубежных стран, целесообразно рассмотреть вопрос об обучении на базе медицинских колледжей страны средних медицинских работников основам УЗД и ФД в целях проведения доврачебного скрининга в диагностике с дальнейшим направлением при необходимости к врачу-специалисту УЗД. Специалист с квалификацией врач УЗД должен заниматься сложными первичными пациентами, специальными УЗД–методиками, позволяющими выполнять сложные лечебно-диагностические методики и решать экспертные вопросы.

Возможным перспективным направлением, учитывая наличие в медицинских университетах медико-диагностических факультетов, а также действующего на базе УО «ГрГМУ» обучения медицинских сестёр с высшим образованием, может быть также рассмотрено совершенствование преемственности в подготовке специалистов с высшим сестринским образованием, получаемым после окончания медицинского колледжа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.03.2009 № 206 «Об утверждении форм протоколов функциональных и ультразвуковых исследований пациентов кардиологического профиля».
2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.06.2017 № 59 «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения».
3. Farsi D., Hajsadeghi S., Hajjghanbari M.J., Mofidi M., Hafezimoghadam P., Rezai M., Mahshidfar B., Abiri S., Abbasi S. Focused cardiac ultrasound (FOCUS) by emergency medicine residents in patients with suspected cardiovascular diseases. *J. Ultrasound*. 2018; 20 (2): 133–138. DOI: 10.1007/s40477-017-0246-5.
4. Государственная статистическая отчетность Республики Беларусь за 2020 год, (форма 1-организация, таблица 32), утверждена Постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 30.10.2015 № 160.
5. Кузнецов В. А. Фокусированная эхокардиография / В. А. Кузнецов [и др.] // Тюменский кардиологический научный центр – филиал Томского национального исследовательского медицинского центра РАН, Тюмень, Россия. – 2018. – V. 22, № 6.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Редькин Д. А., Плавская К. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время увеличилось число исследователей, которые изучают отношение современной молодежи к здоровому образу жизни и рассматривают влияние социально-психологических факторов на отношение молодежи к здоровому образу жизни. Ведение нездорового образа жизни, в том числе вредные привычки, наносит непоправимый урон здоровью, который может проявляться, например, в высоких показателях смертности и низких рождаемости. О здоровье человека можно судить по его образу жизни [1].

Цель. Выявить отношение молодежи к формированию здорового образа жизни, изучить факторы, оказывающие на него влияние.

Методы исследования. Проанкетировано 421 студента ГрГМУ и ГрГУ им. Янки Купалы. Данные были обработаны с помощью программ Excel и Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст респондентов составил: 19,7 лет. Из них 28,1% – девушки, 71,9% – юноши, 80,8% – студенты ГрГМУ, 19,2% – студенты ГрГУ им. Янки Купалы. 60,0% – студенты ГрГМУ и 66,2% – студентов ГрГУ им. Янки Купалы занимаются физкультурой и спортом от случая к случаю, лишь 28,5% студентов ГрГМУ и 29,1% студентов ГрГУ им. Янки Купалы занимаются спортом систематически. Базовые параметры своего здоровья лучше знают студенты ГрГМУ: свой вес знают 97,6% студентов ГрГМУ и 89,8% студентов ГрГУ им. Янки Купалы, рост – 98,4% студентов ГрГМУ и 90,7% студентов ГрГУ им. Янки Купалы, прививки – 93,6% студентов ГрГМУ и 81,2% студентов ГрГУ им. Янки Купалы, артериальное давление – 79,6% студентов ГрГМУ и 63,2% студентов ГрГУ им. Янки Купалы, группу крови, резус-фактор – 87,8% студентов ГрГМУ и 69,7% студентов ГрГУ им. Янки Купалы, предрасположенности организма к различным видам заболеваний – 67,5% студентов ГрГМУ и 47,8% студентов ГрГУ им. Янки Купалы. Наиболее важным условием для счастливой жизни студенты определили состояние здоровья: ГрГМУ – 98,0% студентов, ГрГУ им. Янки Купалы – 97,5%, наиболее важным условием для сохранения здоровья студенты ГрГМУ считают отказ от вредных привычек (88%), а студенты ГрГУ им. Янки Купалы – соблюдение режимных мероприятий (85,2%). 94,8% обеих групп студентов считают, что рациональное питание является составной частью здорового образа жизни. Студенты как ГрГМУ, так и ГрГУ им. Янки Купалы считают благоприятный психологический климат (86,2% обеих групп) и влияние положительных эмоций (90,0% обеих групп) ведущими факторами

здорового образа жизни. Наиболее популярными мероприятиями по охране и укреплению здоровья, проводимыми в университете, среди студентов являются спортивные соревнования и секции (80,9% студентов ГрГМУ и 78,9% студентов ГрГУ).

Выводы. Большая часть студентов обоих ВУЗов занимается физической культурой от случая к случаю, базовые параметры своего здоровья лучше знают студенты ГрГМУ. В обеих группах состояние здоровья было отмечено как наиболее важное условие для счастливой жизни, среди ключевых условий для сохранения здоровья студенты ГрГМУ определили отказ от вредных привычек, студенты ГрГУ им. Янки Купалы – соблюдение режимных мероприятий. Рациональное питание, по мнению студентов обоих ВУЗов, выступает в качестве составной части здорового образа жизни, а ведущими факторами здорового образа жизни являются благоприятный психологический климат и влияние положительных эмоций. Спортивные соревнования и секции вносят очевидный вклад в формирование у молодежи здоровьесберегающих привычек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолаева, П. О. Основные тенденции ЗОЖ россиян / П. О. Ермолаева, Е. П. Носкова // Социологический журнал, 2015. №4, С. 120-121..

МЕТОД КЕНГУРУ – ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ВЫХАЖИВАНИИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Синица Л. Н., Толкач И. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь¹,
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»
г. Гродно, Республика Беларусь²

Актуальность. Частота преждевременных родов как в экономически развитых странах, так и в Республике Беларусь в последние десятилетия стабилизировалась на уровне 4,0-5,0% и тенденции к дальнейшему снижению не наблюдается [1]. Такие факторы, как оптимизация оказания акушерской помощи, адекватное ведение респираторных проблем, улучшение контроля над инфекцией, привели к увеличению выживаемости недоношенных детей [1, 2]. Однако на современном этапе развития неонатологии целью является полноценное развитие этих детей [3, 4].

Метод кенгуру был разработан в 1970-х гг. колумбийским педиатром Эдгаром Рэем. Он искал решение проблем, связанных с нехваткой кувезов,

высокими показателями распространения инфекций и отказов от недоношенных детей в его больнице. Метод Кенгуру основан на близости детей и членов семьи благодаря прямому соприкосновению кожей с одним из родителей, обеспечивая физиологическую и психологическую близость [5].

Систематический обзор и метаанализ нескольких рандомизированных контролируемых исследований выявили корреляцию между использованием метода кенгуру и показателями выхаживания глубоко недоношенных детей. При данном исследовании было выявлено: снижение на 51% неонатальной смертности среди стабильных новорожденных с массой тела менее 2000,0 г, по сравнению с нахождением в кувезе; наблюдалось на 40% снижение риска смертности после выписки, примерно на 60% снижение частоты возникновения неонатальных инфекций и почти на 80% уменьшение числа случаев гипотермии. Также отмечалось повышение продолжительности грудного вскармливания и увеличение массы тела ребенка. Общение матери и ребенка положительно влияло на его развитие. Будучи более дружественным по отношению к матери и ребенку, метод кенгуру также является более благоприятным для системы здравоохранения, что проявляется в уменьшении сроков пребывания в больнице, снижении нагрузки на средний медицинский персонал, а также влияет на экономические затраты [5].

Метод кенгуру был одобрен ВОЗ в 2003 г., когда было разработано практическое руководство по его применению. Международный день метода кенгуру отмечается во всем мире 15 мая с 2011 года. В этот день принято распространять информацию о данном методе в целях повышения данной практики ухода в отделения интенсивной терапии новорожденных, послеродовых поликлиниках и любых других учреждениях, в которых имеются новорожденные дети до 3-месячного возраста.

Цель. – выявить особенности периода выхаживания глубоко недоношенных младенцев с использованием метода кенгуру.

Методы исследования. Обследовано 53 недоношенных ребенка, находившихся на лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» в 2018-2021 гг. Возраст детей составлял от 0 до 2 месяцев. Основную группу (1) составили 28 недоношенных младенцев (10 мальчиков и 18 девочек), у которых применялась «методика кенгуру» после относительной стабилизации состояния в возрасте в среднем $5,4 \pm 1,3$ суток жизни. В группу 2 (группа сравнения) включено 25 детей (16 мальчиков и 9 девочек), у которых не использовался указанный метод. Все дети родились ранее 32 недель гестации, имели массу менее 2000,0 г, нуждались в проведении интенсивной терапии, респираторной поддержки в условиях отделения анестезиологии и реанимации для новорожденных. Критериями невключения в исследование являлись сопутствующие врожденные заболевания и пороки развития, способные оказать существенное влияние на темпы выхаживания недоношенных детей. Статистическая обработка полученных данных

проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-10.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. При анализе массы тела при рождении установлено, что в 1-й группе она составляла в среднем 987,0 (830,0; 1686,0) г. и 1010,0 (905,0; 1780,0) г. во второй группе. На следующем этапе нами оценена прибавка массы тела за 1-й месяц выхаживания, когда применяются наиболее интенсивные вмешательства по сохранению жизни ребенку. В 1-й группе она составила 580 (397,0; 653,0) г, во 2 группе только 316,0 (210,0; 354,0) г.

В связи с развитием тяжелой дыхательной недостаточности новорожденные дети требовали проведения респираторной поддержки. При оценке сроков искусственной вентиляции легких, отмечено, что в более длительной ИВЛ нуждались дети 2 группы, средние сроки составили 24,8 (19,0; 28,4) дня, в основной группе 10,7 (5,4; 13,8) дней. Обращает на себя внимание, что дети, у которых применялся «метод кенгуру» частота реинтубации составила 11,1% против 46,0% в группе сравнения ($p < 0,05$). После инвазивной вентиляции 14 (50,0%) новорожденным из 1-й группы проводилась неинвазивная вентиляция легких – назальный СРАР (continuous positive airway pressure), средние сроки составили 3,4 дня; в группе сравнения – 17 (68,0%) младенцев получали назальный СРАР в течение 5,7 (3,8; 6,5) дней. В дальнейшем все дети требовали пролонгированной оксигенотерапии через маску или дотацию кислорода в кювет в течение 7,8 (6,5; 10,5) дней в основной группе и 17,3 (13,3; 22,1) дней в группе сравнения.

Продолжительность стационарного этапа выхаживания составила в среднем 44 и 68 койко-дней в 1-й и 2-й группах соответственно, при этом дети достигли схожих показателей физического развития. Однако на свой постконцептуальный возраст физическое развитие в исследуемых группах различилось. При оценке массы тела дети из 1-й группы распределились по центильным коридорам следующим образом: 10-90 центили – 64,3% детей, меньше 10 центили – 35,7%. Во 2-й группе: 10-90 центили – 48,0%, меньше 10 центили – 52,0%.

В раннем неонатальном периоде неврологическая симптоматика отмечалась в виде синдрома угнетения ЦНС у 6 (21,4%) детей основной группы и у 20 (80,0%) младенцев группы сравнения ($p < 0,05$), в меньшей степени имел место синдром возбуждения: в 2 (7,1%) случаях и в 3 (12,0%) соответственно. К моменту выписки из стационара ряд детей имели тяжелое поражение нервной системы: гипертензионно-гидроцефальный синдром, перивентрикулярная лейкомаляция, судорожный синдром. Указанные нозологические формы диагностированы у 17,9% детей 1 группы и у 40% пациентов группы сравнения.

Выводы. 1. Недоношенные дети, выхаживавшиеся с применением метода кенгуру, имели более гармоничное физическое развитие, меньшую частоту тяжелых поражений нервной системы.

2. Помимо достоверных лечебных эффектов, дети основной группы были выписаны домой значительно раньше младенцев группы сравнения, что влечет за собой и экономический эффект применения метода кенгуру.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вильчук, К. У. Роль РНПЦ «Мать и дитя» в организации разноуровневой системы оказания перинатальной помощи в Республике Беларусь / К. У. Вильчук // Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии диагностики и лечения патологии плода: сб. науч. тр. и материалов междунар. науч. симп. и науч.-практ. конф. / ред. кол. К. У. Вильчук [и др.]. – Минск, 2010. – С. 10-20.

2. Методическое письмо «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении» / А. Г. Антонов [и др.]; под ред. Е. Н. Байбариной, Д. И. Дегтярева. – М., 2011. – 72 с.

3. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a data base study / M. J. Platt [et al.] // Lancet. – 2007. – Vol. 369. – P. 43-50.

4. Психолого-педагогическое сопровождение недоношенного ребенка и его семьи в структуре комплексной реабилитации / Н. В. Мазурова [и др.] // Росс. педиатрич. журн. – 2012. – № 3. – 28-33.

5. Conde-Agudelo, A. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants / A. Conde-Agudelo, J. L. Díaz-Rossello // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2016. – Is. 8, CD002771. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub4.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПИЩЕВОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ МЯСА И СОЕВОГО ТЕКСТУРАТА

Синкевич Е. В., Плечко А. Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Соя – растение семейства бобовых, ближайший родственник более привычных для нас бобов, гороха и чечевицы. Все эти растения богаты растительным белком, но даже среди них соя с большим отрывом занимает почетное первое место.

Плодами сои являются соевые бобы, которые употребляют в пищу в вареном и тушеном виде. Из них изготавливают соевую муку, молоко, сыр и текстурат – это другое название соевого мяса.

Принято считать, что текстурат пришел откуда-то из Азии. Ведь именно Китай сегодня – лидер по потреблению соевого мяса. Если вы бывали в Южной Корее, то тоже могли обратить внимание на популярность этого продукта в их

кухне. Но на деле права на изобретения текстурата принадлежат американцам.

Было это в 1960-х. Компания ADM разработала технологию производства текстурата из обезжиренной соевой муки. Соевая мука по факту – побочный продукт переработки бобов. Из нее научились получать высококонцентрированный белковый растительный продукт. Затем технологию подхватили и другие фирмы пищевой промышленности.

Как из сои получают мясо? Соевый текстурат получают методом экструзии из обезжиренной соевой муки. Ее смешивают с водой. Получившуюся вязкую смесь пропускают через экструдер – в аппарате под воздействием температуры и давления происходит изменение структуры и дегидратация (обезвоживание) материала.

В чем польза соевых продуктов? Главная ценность соевых продуктов кроется в повышенном содержании белка с высокой степенью усвояемости. В соевом масле хороший баланс жирных кислот. В соевых продуктах содержится ряд витаминов группы В, витамин D, а также калий, кальций, магний и железо. В сое невысокое содержание сахаров и много клетчатки. Такие продукты содержат лецитин, который помогает усваиваться другим витаминам и благотворно влияет на нервную систему.

Цель. Провести обзор литературы по проблеме исследования; сравнить калорийность, содержание белков, жиров и углеводов мясных продуктов и соевого мяса. Выявить полезные свойства соевого текстурата. Изучить частоту встречаемости данного продукта в рационе различных групп населения.

Методы исследования. Анализ составов (калорийности, содержания белков, жиров и углеводов, микроэлементов, витаминного состава) мясных продуктов (курица, свинина и говядина) и соевого текстурата.

Использован метод социологического анонимного опроса на платформе Google Forms. В нем принял участие 271 респондент различного возраста (от 7 до 83 лет).

Результаты и их обсуждение. В результате сравнительного анализа составов мясных продуктов (курятина, свинина и говядина) с соевым текстуратом, можно сказать, что преимуществом соевого мяса является низкая калорийность и отсутствие холестерина; благодаря входящим в состав пищевым волокнам, соевое мясо надолго насыщает организм (таблица 1).

Таблица 1 – Состав мясных продуктов и соевого мяса

на 100 гр продукта	Соевое мясо	Курятина	Свинина	Говядина
Калорийность				
Калорийность, кКал	102	238	357	218
Белки, гр	20,42	18,2	14,3	18,6
Углеводы, гр	4,84	0	0	0
Жиры, гр	0,14	18,4	33,3	16
Микро- и макроэлементы				
Калий, мг	1067	194	285	326

на 100 гр продукта	Соевое мясо	Курятина	Свинина	Говядина
Фосфор, мг	603	165	164	188
Магний, мг	226	18	24	22
Кальций, мг	348	16	7	9
Железо, мг	9,67	1,6	1,7	2,7
Витамины				
Витамин В1 (тиамин), мг	0,94	0,07	0,52	0,06
Витамин В2 (рибофлавин), мг	0,85	0,15	0,14	0,15
Витамин Е (ТЭ), мг	17,3	0,5	0,4	0,4
Витамин Н (биотин), мкг	0,06	10	3	3

В проведенном опросе по теме работы приняли участие 273 респондента, из них 76,6% – женщин и 23,4% – мужчин.

По результатам опроса, большинство респондентов предпочитают употреблять мясные продукты (96%), а не их заменители.

Как показал опрос (предлагалось выбрать несколько вариантов ответов), 98,9% респондентов отдают предпочтение при выборе мясных изделий куриному мясу, 80,2% – свинине, 60,8% – говядине, 14,8% респондентов любят баранину, по 0,8% участников анкетирования указали на конину, утятину, индюшатину, 0,4% – крольчатину.

На вопрос « Сколько раз в неделю участники употребляют мясные продукты...» ответы распределились следующим образом: 5,3% респондентов, принявших участие в опросе, употребляют мясные продукты 1 раз; 10,6% – 2 раза, 20,1% – 3 раза и 21,6% опрошенных кушают мясо 4 раза в семь дней. В то время как 42,4% участников анкетирования употребляют мясные продукты 5 и более раз в неделю.

В ходе анкетирования выяснилось, что соевое мясо присутствует в рационе 84,5% его участников.

Отвечая на вопрос об употреблении соевого мяса как основного продукта или в качестве заменителя мяса – 55,1% респондентов, указали на то, что используют соевый текстурат как основной продукт, а 44,9% – в качестве заменителя мясных продуктов.

Что касается частоты употребления данного продукта питания, то 81,3% респондентов употребляют соевое мясо очень редко, 14,3% – иногда и 4,4% опрошенных используют его в своем рационе часто.

Все же большинство участников опроса (56,3%) считают, что полностью заменять натуральное мясо и морепродукты соевым текстуратом не стоит, если конечно, нет противопоказаний для употребления данных продуктов питания.

Многие ученые в области нутрициологии считают идеальной пропорцией в суточном рационе питания следующую: 70% – мясо, рыба и морепродукты и 30% – соевый белок.

Выводы. Продукция из сои является безопасной и может быть рекомендована для использования в рациональном, лечебном питании, потому

что данные биологических научных экспериментов, свидетельствуют, что соевые продукты обладают высокой пищевой и биологической ценностью, но не рекомендуются для массового, профилактического, лечебно-профилактического, детского, геронтологического и диетического питания, т. к. они уступают по своим показателям продуктам, содержащим животный белок.

Мясо – это неотъемлемая часть рациона человека в любом возрасте. С его помощью в организм поступают натуральные полезные вещества. Калории в данном продукте позволяют насытить организм на длительный период. При правильном приготовлении и употреблении мяса вероятность негативного влияния на все системы организма минимальна. Именно поэтому многие диеты лечебного характера и для снижения веса включают в свое меню различные мясные блюда.

Соевое мясо является отличной альтернативой в пищу при непереносимости белковых продуктов животного происхождения и при осознанном отказе в рамках веганского или вегетарианского питания.

При отсутствии противопоказаний и ограничений, умеренное использование соевого текстурата, желательно полученного из сои, выращенной естественным путем, вреда для организма не несет и становится источником питательного растительного белка, витаминов и микроэлементов, но весь спектр незаменимых аминокислот человеку будет необходимо получить другим путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. БонФит – портал здоровья! [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://bonfit.ru/>. – Дата доступа 28.10.2020.
2. Соевое мясо: состав, польза и вред [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.kp.ru/putevoditel/eda/myaso/soevoe/>. – Дата доступа 28.10.2020.
3. Соевый текстурат – Википедия [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Соевый_текстурат_. – Дата доступа 28.10.2020.
4. Что такое соевое мясо? Его польза и вред [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://zen.yandex.ru/media/id/601aff35102d866f5d7092aa/что-такое-soevoe-miaso-ego-polza-i-vred-60a775821b112a2f5413e489_. – Дата доступа 28.10.2020.
5. Соевое мясо: 5 важных и интересных фактов [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://the-challenger.ru/eda/kak-pravilno-eda-new/6-faktov-o-soevom-myase/>. – Дата доступа 28.10.2020.

СЕРОТОНИНСОДЕРЖАЩИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Синкевич Е. В., Семенюк А. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В XIX-XX вв. было сделано немало открытий в области биохимии, медицины, нутрициологии. На сегодняшний день база знаний позволяет сделать неоспоримое заключение: пища действительно влияет на наше состояние. Но будет верным отметить, что состояние влияет на выбор потребляемых продуктов.

В современном мире употребление пищи перестало быть обычной физиологической потребностью. Если говорить о депрессивных состояниях, то по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2018 год от депрессии страдает 264 миллиона человек, отсюда возникает проблема нетрудоспособности, а как следствие и нехватка кадров.

В данной статье будут рассмотрены лишь особенности влияния некоторых продуктов питания на психоэмоциональное состояние, в частности продукты, богатые аминокислотой триптофаном (таблица 1).

Таблица 1. Содержание триптофана в некоторых продуктах

№ п/п	Продукт	В мг на 100 г.
1.	Красная / черная икра	960 / 910
2.	Сыр голландский	780
3.	Миндаль / кешью	630 / 600
4.	Мясо кролика / курицы	330 / 290
5.	Творог жирный / нежирный	210 / 180
6.	Яйца куриные	200
7.	Шоколад	200
8.	Свинина	180
9.	Бананы	45
10.	Молоко, кефир	40

В свою очередь серотонин имеет непосредственное отношение к триптофану, являясь его производным. Последовательным действием сначала 5-триптофангидроксилазы, а затем 5-триптофангидроксилазой образуется 5-гидрокситриптамин или по-другому серотонин, энтерамин. Именно по этой причине, в данной статье будут рассмотрены продукты с высоким содержанием именно этой аминокислоты.

Таким образом, по своему строению с точки зрения химии серотонин является биогенным амином (класс триптамина). В народе часто его называют «гормоном счастья». К сожалению, многие считают, что именно серотонин находится в тех или иных продуктах питания, но как уже было изложено выше, серотонин – производное аминокислоты триптофана, а сам синтез происходит в энтерохромаффинных и аргентаффинных клеток желудочно-кишечного тракта (около 90% от общего содержания серотонина в организме), в тромбоцитах, в головном и спинном мозге [2].

Функционально серотонин важен не только в регуляции положительных эмоций, но еще и таких явлений как тошнота, рвота, диарея, контроль системы гемостаза. В более узком смысле, серотонин спазмирует сосуды и используется в синтезе мелатонина.

Серотониновая система имеет влияние на формирование депрессивных состояние, кроме этого регулирует другие медиаторные системы (ГАМК-ергическая). Серотонин, нейромедиатор и биогенный амин, принимает участие в реализации и регуляции поведенческих актов, циклов сна и бодрствования, концентрации внимания, пищеварения и аппетита [3, 4].

Стоит упомянуть, что серотониновая система находится в тесной взаимосвязи с эндокринной системой, а именно при стрессе возникает гиперсекреция кортизола, который через внутриклеточные рецепторы активирует триптофанпирролазу. Следствием является то, что триптофан идет на другой путь обмена (кинурениновый путь) и соответственно биосинтез серотонина замедляется. Избыточное количество кортизола подавляет активность некоторых других ферментов, в частности угнетает синтез норадреналина в мозге. Как итог, дефицит серотонина и норадреналина приводят к доминированию кортизола над ферментными системами [2].

Цель. Изучить влияния продуктов питания, богатых серотонином и его производными, на возникновение положительных эмоций и частоту возникновения депрессивных состояний, а так же дать оценку влиянию некоторых продуктов на эмоциональное состояние студентов ГрГМУ.

Методы исследования. Проведено изучение и анализ тематических литературных и информационных источников. Применен метод анкетированного опроса с использованием разработанной валеологической анкеты.

Для анкетирования были взяты продукты: сыр, шоколад, другие молочные продукты, мясо и бананы. Выбор построен на:

1. Доступности покупки;
2. Ценовой доступности;
3. Обиходности среди студентов.

Анкетирование было проведено на современной платформе Google Forms. Всего опрос прошли 308 студентов. 7 из 8 вопросов были закрытого типа (требовался выбор уже готового(-ых) вариантов ответов) и 1 вопрос был открытого типа (требовался самостоятельный ответ).

Последующий статистический анализ результатов, построение диаграмм произведены при помощи программного обеспечения от Microsoft (Microsoft Excel 2013).

Результаты и их обсуждение. При проведении анкетирования, было установлено, что у 42,9% опрошенных часто бывает плохое настроение, а у 53,2% плохое настроение бывает несколько раз в месяц, и только 3,9% указали на отсутствие плохого настроения вовсе. Среди ответов на следующий многовариативный вопрос про характерные эмоциональные состояния для студентов, популярными ответами стали:

1. Потеря сил, высокая утомляемость (67,5%);
2. Снижение способности думать и концентрировать внимание (57,1%);
3. Изменение аппетита (44,2%).

У 20,8% опрошенных часто возникает желание заесть выбранные состояния, а 39% опрошенных не испытывают подобного желания. Остальные 40,3% лишь иногда имеют такое желание.

Среди опрошенных наибольшее предпочтение было несомненно отдано шоколаду (83,12% отмечают положительное влияние на настроение). Бананы занимают второе место по влиянию на настроение по мнению опрошенных. Мясо, сыр и другие молочные продукты не обладают такой популярностью среди опрошенных. Напротив, 70,13% считают, что сыр не улучшает их эмоциональное состояние. Хотя как было упомянуто выше, сыр лидирует по содержанию триптофана на 100 г. продукта, а шоколад и бананы значительно уступают в этом сыру и мясу.

Среди всех опрошенных (308) только у двух (0,65%) оказалась непереносимость лактозы, следовательно они не употребляют молочные продукты. Проанализировав их анкеты отдельно, мы выявили, что у обоих часто бывает плохое настроение, улучшают настроение бананы и шоколад, а справляться с депрессивными состояниями помогает сон.

Студентам был задан вопрос на знание о появлении серотонина в организме. Была сделана ставка, что в данном вопросе будет однозначное преимущество в выборе правильного ответа, однако правильный ответ («Синтезируется из аминокислоты Триптофана») выбрали всего 62,3%. Ещё 13% выбрали, что серотонин синтезируется из тирозина, а 15,6% решили воздержаться от ответа, выбрав вариант «Не знаю».

Респондентам было предложено выбрать процессы, на которые по их мнению влияет серотонин. Правильного ответа не было (верные все), однако большинство посчитали, что серотонин:

1. Способствует положительным эмоциям;
2. Регулирует циклы сна и бодрствования;
3. Участвует в концентрации внимания.

Меньше всего голосов получил вариант ответа «Повышает сексуальное влечение», Доктор медицинских наук Хелен Фишер [5] проанализировала несколько десятков результатов МРТ головного мозга влюбленных и выяснила,

что в формировании романтического чувства – влюбленности, участвуют дофамин, серотонин и норадреналин. Так же она уточнила, что влюбленность – это сексуальное влечение к человеку. Именно поэтому любить можно одного, а испытывать влечение – к другому.

На открытый вопрос о том, как респонденты повышают себе настроение, были получены различные ответы, но большинство были связаны со сном (18%), с едой (18,2%), фильмами (18,2%), музыкой (16,7%).

Выводы. По результатам опроса видно, что большинство опрошенных, т.е. студентов УО «Гродненский государственный медицинский университет», испытывают некоторые трудности с психоэмоциональным состоянием, в частности это проявляется частым плохим настроением. Можно предположить, что обосновано это учебной нагрузкой в университете, несбалансированным питанием или нерациональным образом жизни.

Выбор продуктов не зависит от количества триптофана в них, а базируется скорее на вкусовых предпочтениях, этим обусловлен больший спрос на шоколад, бананы, нежели на другие предложенные продукты.

Что касается уровня знаний о серотонине, его происхождении и выполняемых функциях, то здесь были показаны достаточно высокие результаты, что свидетельствует о высоком уровне образования в университете на соответствующих дисциплинах.

Если говорить о профилактике возникновения плохого настроения, депрессивных состояний, то стоит проводить профилактические беседы по вопросам важности рационального питания, его режима, правильного распорядка дня.

Однако необходимо помнить и о том, что зачастую плохое настроение, депрессивные состояния вызваны скрытыми причинами, о которых мы даже не подозреваем. Выявить их можно только при помощи специалиста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Химический состав российских пищевых продуктов: Справочник / Под ред. член-корр. МАИ, проф. И. М. Скурихина и академика РАМН, проф. В. А. Тутельяна. – М.: ДеЛи принт, 2002. – 236 с.
2. Aghajanian, G. K. Serotonin / G. K. Aghajanian, E. Sanders-Bush // *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress*. – 2002. – P. 15-34.
3. Барденштейн, Л. М. Нейромедиаторы депрессии / Л. М. Барденштейн // *Российский психиатрический журнал*. – 2004. – № 2. – С. 54—58.
4. Бохан Н. А. Иванова С. А., Левчук Л. А. Серотониновая система в модуляции депрессивного и агрессивного поведения. – Томск: Изд-во Иван Фёдоров», 2013. – 102 с.
5. Почему мы любим: Природа и химия романтической любви / Хелен Фишер; Пер. с англ. – 2-е изд. М.: Альпина нон-фикшн, 2018. – 414 с.

КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ В РАЦИОНЕ БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИНЫ И ПЛОДА

Синкевич Е. В., Шиманович А. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Актуальность данного исследования заключается в том, что в настоящее время много внимания акцентируется на сохранении здоровья беременной женщины и новорожденного ребенка. Кальций как один из самых распространенных минералов в организме необходим для многих различных процессов, таких как свертывание крови, формирование костей, функционирование ферментов и гормонов.

Негативные последствия возможны как при недостатке, так и при избытке употребления кальция. Недостаток его в организме беременной женщины чаще всего связан со сниженным поступлением с пищей. При этом имеют влияние такие механизмы: недостаток в рационе продуктов питания, богатых кальцием; чрезмерное употребление пищи, которая затрудняет процесс всасывания кальция; чрезмерное употребление продуктов питания, содержащих большое количество натрия, так как при этом большое количество кальция выводится с мочой.

Недостаток кальция может привести к гипертонии и преэклампсии, угрозе преждевременных родов, повышению вероятности возникновения послеродовых кровотечений, заболеваниям сердца, появлению судорог в икроножных мышцах, снижению плотности костной ткани [1].

Для стабилизации его уровня в крови лучше всего прибегать к коррекции рациона питания, так как бесконтрольный прием кальций содержащих препаратов может привести к его избытку.

Избыточное потребление может вызвать запор, повысить вероятность камнеобразования в почках, нарушить всасывание железа и цинка, повысить вероятность возникновения аритмий, вызвать гипокальциемию в организме ребенка [3].

Таким образом, нормальная обеспеченность организма беременной женщины кальцием является залогом нормального течения беременности и послеродового периода, а так же развития плода. Кальций во время беременности, поступающий с пищей, предупреждает развитие артериальной гипертензии, поэтому ВОЗ рекомендует его в качестве профилактики этого состояния [2].

Во время беременности происходит ряд физиологических изменений, направленных на сохранение материнского гомеостаза и в то же время на обеспечение роста и развития плода. Эти изменения, которые имеют прямое влияние на метаболизм кальция. Регуляция уровня кальция в крови во время беременности включает увеличение всасывания кальция в кишечнике, увеличение выведения кальция с мочой и увеличение метаболизма костной ткани. Увеличение всасывания кальция в кишечнике напрямую связано с употреблением кальция матерью. Повышенная потребность наблюдается во второй половине беременности.

Норма потребления кальция для женщин от 18 до 59 лет составляет 1000мг/сут, а дополнительная потребность в кальции для беременных женщин во второй половине беременности 350 мг/сут. Верхний допустимый уровень потребления кальция для взрослого населения составляет 2500мг/сут [4]. В скелете новорожденного ребенка содержится примерно 20-30 г кальция [5]. Уровень содержания кальция в организме плода предполагает, что кальций передается от матери к плоду со скоростью от 50 мг/сут на 20 неделе беременности до максимальной 330 мг/сут на 35 неделе беременности [6].

Цель. Изучить: влияние употребления продуктов, содержащих кальций на организм беременных, наличие симптомов недостаточности кальция до беременности, а так же появившихся во время беременности; степень популярности прегравидарной подготовки женщин и осведомленности пациенток о содержании кальция в различных продуктах питания, преобладания их в рационе беременных женщин; осведомленность о суточной потребности в кальции и степень доверия резидентов к различным источникам информации.

Методы исследования. Объект исследования – 51 женщина в возрасте от 20 до 43 лет. Срок беременности: до 13 недель было – 12 (24%), до 27 недель – 14 (27%), до 40 недель – 25 (49%). Беременность по счету: первая – 23 (45%), вторая – 14 (27%), третья – 6 (12%), последующие – 6 (12%), не предоставили данных – 2 (4%). Процент женщин, которые проводили прегравидарную подготовку 65%.

Использован анкетный метод исследования. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программы Microsoft office Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что с наибольшей частотой до беременности женщины не предъявляли никаких жалоб, свидетельствующих о недостатке кальция. Из указанных симптомов чаще всего проявлялся кариес, судороги в икроножных мышцах, а так же, ломкость ногтей; ослабленный иммунитет; сухость кожи, ломкость волос; проблемы с памятью; синяки.

Как следует из полученных данных, прегравидарную подготовку проходило 65% опрошенных женщин. Только 12% из них принимали

препараты кальция. Во время беременности препараты, содержащие кальций, принимали 45% женщин.

По результатам анкетирования, часть респондентов во время текущей беременности так же не отмечали жалоб, связанных с недостаточностью потребления кальция. Среди участников опроса, у которых были симптомы недостатка кальция в организме, наиболее часто встречались такие проявления как, утомляемость; сухость кожи, ломкость волос; судороги в мышцах; кариес; проблемы с памятью; ломкость ногтей; ослабленный иммунитет; синяки. Недостаточность кальция в организме благополучно корректируется диетой.

Респонденты с наибольшей частотой отдавали предпочтение в своём рационе молоку, твердому сыру и орехам, реже употребляя рыбу, морепродукты и темную зелень, включая петрушку. Данный выбор продуктов обусловлен высоким содержанием кальция по мнению респондентов.

Следует отметить какие источники информации респонденты считают достоверными. Так медицинских работников указало 49 женщин (96%), интернет источники – 20 (39%), научные журналы – 15 (29%), родителей – 8 (16%), супруга – 6 (12%), СМИ – 4 (8%).

Таким образом, можно отметить, что высок процент доверия информации, полученной от медицинских работников. Из этого следует, что высок потенциал успешного проведения санитарно-просветительских лекций о негативных последствиях недостаточности употребления кальция в рационе беременной женщины, а так же о продуктах, необходимых в рационе будущих матерей.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного опроса выявлено, что большинство женщин во время беременности испытывают те или иные симптомы недостаточности кальция. Учитывая распространенность алиментарного дефицита кальция среди беременных, информирование женщин на этапе планирования беременности о содержании этого микронутриента в основных продуктах питания может быть эффективным средством профилактики возникновения некоторых осложнений беременности. Следует отметить, что рыбу и морепродукты, а так же рыбные консервы беременным рекомендуется употреблять с осторожностью, в связи с вероятностью загрязнения их радионуклидами, солями тяжелых металлов, а так же риском глистных инвазий и развитием аллергических реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. NIH Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center. Pregnancy, breastfeeding and bone health. Updated December 2018.
2. Borkenhagen JF, Connor EL, Stafstrom CE. Neonatal hypocalcemic seizures due to excessive maternal calcium ingestion. *Pediatr Neurol.* 2013; 48(6):469-471. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2013.02.010
3. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L., Torloni MR. Добавки кальция во время беременности для предотвращения гипертонических расстройств и связанных с ними проблем. *Кокрановская база данных Syst Rev.* 2014 ; 6 : CD001059.

4. Постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь 20 ноября 2012 г. № 180 Санитарные нормы и правила «Требования к питанию населения: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь»

5. Kovacs CS, El-Hajj Fuleihan G. Calcium and bone disorders during pregnancy and lactation. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2006;35:21–51. doi: 10.1016/j.ecl.2005.09.004.

6. Pitkin RM. Calcium metabolism in pregnancy and the perinatal period: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;151(1):99–109. doi: 10.1016/0002-9378(85)90434-X.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сорокопыт З. В., Гаевская Е. А., Старжинская Ю. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь¹,

Гродненская областная детская клиническая больница

г. Гродно, Республика Беларусь²

Актуальность. Согласно литературным данным, дети с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 составляют от 1 до 11% пациентов с подтвержденными случаями заболевания [1, 3]. Наиболее частыми симптомами при развитии клинических проявлений COVID-19 являются лихорадка (41,5-60%) и кашель (38-65%). Слабость, миалгии, боль в горле, гиперемия ротоглотки, заложенность носа, потеря обоняния встречаются реже. У детей чаще, чем у взрослых, наблюдаются желудочно-кишечные симптомы: дискомфорт, боли в животе, тошнота, рвота, диарея [2, 3]. Лихорадка, как правило, кратковременна, в большинстве случаев держится не более 3 дней [1, 2]. У большинства инфицированных детей хороший прогноз, выздоровление наступает в течение 1-2 недель [1, 2, 3]. При присоединении поражения легких и развитии пневмонита могут наблюдаться усиление кашля, одышка, цианоз, гипоксемия, снижение сатурации, однако в части случаев обращает на себя внимание обнаружение рентгенологических признаков пневмонии при отсутствии симптомов инфекции [2, 3]. Потребность в интенсивной терапии и искусственной вентиляции легких возникает чаще у подростков и детей с тяжелой сопутствующей патологией [1, 2, 3].

Цель. Анализ клинико-anamnestических особенностей детей различного возраста с инфекцией COVID-19.

Методы исследования. Работа проводилась на базе Гродненской областной детской клинической больницы (ГОДКБ) путем ретроспективного анализа карт стационарных пациентов (ф. 003у–07) различного возраста,

находившихся на лечении в 4-м педиатрическом отделении по поводу новой коронавирусной инфекции (КВИ). Для верификации диагноза коронавирусной инфекции проводился анализ мазка из ротоглотки и носоглотки на определение РНК новой КВИ COVID-19 методом ПЦР, ИФА крови на определение IgM и IgG к коронавирусу, экспресс-тест на определение Ag KB.

Результаты и их обсуждение. За период с 01.01.2021 по 30.10.2021 на базе УЗ «ГОДКБ» на стационарном лечении находилось 355 детей с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, из них 61% (n=216) – мальчики, 39% (n=139) – девочки. В течение 10 месяцев 2021 года в 4-м педиатрическом отделении ГОДКБ пролечено в возрасте от 0 до 18 лет. Анализ карт стационарных пациентов с учетом их возраста позволил сформировать 4 репрезентативные группы, в том числе 0-2 года (I группа) – 80 (22,5%), 3-6 лет (II) – 113 (32%), 7-12 лет (III) – 76 (21,5%) и 13-17 лет – 86 (24%). Госпитализированных мальчиков было больше – 216 (61%), чем девочек 139 (39%), $p < 0,05$ с аналогичным распределением в группах, что согласуется с литературными данными [1]. Абсолютное большинство госпитализированных детей было из Гродно – 261 (73,5%), чем из районов области – 94 (26,5%), $p < 0,05$. Достоверно чаще диагноз КВИ был подтвержден с помощью ПЦР НФМ – в 273 (77%) случаев, чем экспресс-теста – в 34 (9,5%) и ИФА (+IgM) – в 48 (13,5%), $p < 0,05$. Наиболее частым источником инфицирования был внутрисемейный контакт – 224 (63%), в 96 (17%) случаев – посещение организованных коллективов (ДДУ, школа, кружки, секции, массовые мероприятия) и в 35 (10%) – не известен.

Патология верхних дыхательных путей (ВДП): фарингит, ринофарингит, ларингит была диагностирована почти в половине – 90 (47%) – анализируемых случаев, острый бронхит (включая острый обструктивный бронхит и бронхиолит) – в 50 (26%), пневмония – в 53 (27%) с аналогичным распределением в возрастных группах. Анализ респираторной патологии в возрастных группах позволил установить, что бронхиты в процентном отношении встречаются приблизительно с одинаковой частотой, независимо от возраста: I группа – 9 (21%), II – 10 (26%) и III – 31 (27%). Заболевания ВДП наиболее представлены у детей первого года жизни: 29 (69%) по сравнению с пациентами старшего возраста: 1-3 года – 17 (44%) и 4-6 лет – 44 (39%). Количество верифицированных пневмоний увеличивается с возрастом детей: I группа – 4 (10%), II – 11 (30%), III – 38 (34%), таблица 1.

Таблица 1 – Возрастная структура различных форм КВИ COVID-19 у детей

Возрастные группы	Пневмонии n=88		Бронхиты n=72		Патология ВДП n=195		Всего пациентов n=355	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-2 года	15	19	19	24	46	57	80	22,5
3-6 лет	38	34	31	27	44	39	113	32
7-12 лет	15	20	9	12	52	64	76	21,5

Возрастные группы	Пневмонии n=88		Бронхиты n=72		Патология ВДП n=195		Всего пациентов n=355	
	n	%	n	%	n	%	n	%
13-18 лет	20	23	13	15	53	62	86	24
Всего	88	25	72	20	195	55	355	100

Как видно из таблицы, среди пациентов с пневмониями больше было дошкольников и меньше – детей грудного возраста и младших школьников, без достоверной разницы при сравнении.

По критериям степени тяжести преобладали пациенты со среднетяжелой степенью заболевания – около 60%, легкая степень была выставлена 39% пациентов, 3 ребенка (1%) в связи с тяжелым состоянием, обусловленным развитием дыхательной недостаточности, нуждались в наблюдении в отделении реанимации и интенсивной терапии. Развитие пневмонии в разные временные периоды отмечалось у 42-50% детей, при этом степень КТ1 составлялась 93% пациентов, КТ2 – около 5% пациентов, КТ3 – 2%.

Выводы. Среди госпитализированных детей с КВИ было больше мальчиков. Достоверно чаще диагноз КВИ был подтвержден с помощью теста ПЦР НФМ. Наиболее частым способом инфицирования был внутрисемейный контакт. Заболевания ВДП чаще встречались у детей всех групп, а пневмонии – в дошкольном возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мелехина, Е. В. Клинические особенности течения COVID-19 у детей различных возрастных групп / Е. В. Мелехина, А. В. Горелов, А. Д. Музыка // Вопросы практической педиатрии. – 2020. – №15 (2). – С. 7-20.
2. P. Brodin Why is COVID-19 so mild in children? / P. Brodin // Acta Paediatrica. 2020. – № 109(6). – P.1082-1083.
3. Zimmermann, P. Coronavirus infections in children including COVID-19: an overview of the epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention options in children / P. Zimmermann N. Curtis // The Pediatric Infectious Disease Journal. – 2020. – №39(5). – P. 355.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Трусь Е. И., Андросюк А. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Развитие здравоохранения в современном обществе направлено на рациональное использование ресурсов, в том числе материальных. Опыт применения стационарозамещающих технологий свидетельствует об их экономической эффективности и медико-социальном

значении [3; 4]. Согласно Закону Республики Беларусь медицинская помощь может оказываться вне организации здравоохранения в случае выхода (выезда) медицинского работника по месту жительства или месту пребывания пациента [1]. Следует отметить, что организация стационаров на дому не преследует цель заменить круглосуточные стационары. Их задача – снизить нагрузку на больничные организации, укрепить здоровье детского населения в привычных домашних условиях и обеспечить преемственность в работе.

Цель. Целью данного исследования явилось изучение организации лечебно-диагностического процесса и оценка деятельности стационаров на дому в городской поликлинике областного центра.

Методы исследования. Проведено ретроспективное исследование медицинской документации детей, проходивших лечение в стационарах на дому за период с 2017 г. по 2020 г. Источником информации для проведения исследования являлись «карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице» и официальные статистические данные городской детской поликлиники.

Результаты и их обсуждение. Стационары на дому не выделяются в самостоятельные структурные подразделения, для их работы нет специальных штатных единиц. Всю работу берут на себя врачи и медсестры общей практики детской поликлиники. В стационарах на дому оказывается медицинская помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, травмах, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по медицинским показаниям [2]. Особенно востребованы стационары на дому при необходимости контролируемого лечения.

Руководит организацией стационаров на дому заведующий отделением, контроль осуществляет заместитель руководителя организации здравоохранения. Отбор пациентов осуществляет лечащий врач. Принимают во внимание жилищные условия семьи, возможность адекватного ухода за ребёнком на дому. План лечения и обследования составляется лечащим врачом под руководством заведующего отделением. Медицинская сестра выполняет назначения врача. Осуществляется динамическое наблюдение и контроль лечебно-диагностического процесса. На каждый случай оформляется «карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице» (форма № 003-2/у-88, утв. МЗ РБ). В документе кроме паспортных данных регистрируют диагноз; сроки лечения; наличие листка нетрудоспособности лицу, непосредственно осуществляющего уход; результаты диагностических исследований; дневник наблюдения и выполнения назначений; исход лечения. В амбулаторную карту ежедневно записываются результаты активного наблюдения за пациентами, затем клеивается листок с эпикризом. После окончания лечения врач решает вопрос о необходимости проведения медицинской реабилитации.

В стационарах на дому за исследуемый период пролечено 14100 пациентов, ими проведено 87425 койко-дней.

Преобладают дети до года и от года до трёх лет.

Болезни органов дыхания составляют абсолютное большинство (91,1%) в нозологической структуре пролеченных пациентов, на втором месте – инфекционные заболевания (8,7%).

Количество проведённых койко-дней постоянно возрастало, среднее количество проведённых койко-дней оставалось в пределах 6-7 дней (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели работы стационара на дому

Показатели	2017	2018	2019	2020
Проведено койко-дней	17587	22046	22427	25365
Уровень госпитализации на 100 детей	7,5	10,8	7,5	10,9
Среднее количество проведённых койко-дней	6,4	6,1	6,5	6,8

Выводы. Наблюдается ежегодный рост количества детей и подростков, пролеченных в стационаре на дому. Так же возрастает количество проведённых койко-дней. Наиболее многочисленная возрастная группа в каждом году – дети до 1 года. Меньше всего направляется в стационар на дому подростков от 15 до 18 лет. Уровень госпитализации на 100 детей наименьший в 2017 и 2019 гг. и составляет 7,5, наибольший в 2020 г. – 10,9. Среднее количество проведённых койко-дней максимальное в 2020 г. Чаще всего лечение в стационаре на дому проходят пациенты с заболеваниями органов дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. О Здравooхранении: Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 № 2435-ХП: в ред. от 21.10.2016 N 433-3, с изменениями и дополнениями. Режим доступа: [https://belzakon.net/Законы/Закон_РБ_О_здоровоохранении] – Дата доступа: 19.05.2021г.
2. Постановление Министерства здравоохранения РБ № 28 от 27.05.2002. Об утверждении Инструкции по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан. Режим доступа: [[https://belzakon.net/Законодательство / Постановление Министерства здравоохранения РБ/2002/85473](https://belzakon.net/Законодательство / Постановление_Министерства_здравоохранения_РБ/2002/85473)] – Дата доступа: 20.05.2021г.
3. Федоткина, С. А. Рациональное использование стационарозамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи / С. А. Федоткина, М. Г. Карайланов, И. Т. Русев // Вестник СПбГУ. Медицина. – 2017. Т. 12. Вып 2. С. 179–189.
4. Калинин, Д. Е. Организация стационаров на дому / Д. Е. Калинин, Т. А. Терешко, С. М. Хлынин, А. Н. Астафьев // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – № 4. – С. 115–121.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЙОННОМ УРОВНЕ

Трусъ Е. И., Чернюк В. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Согласно данным статистики РБ за 2019г. количество зарегистрированных случаев онкологических заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом составило 573 на 100000 человек населения [1, с.130]. Под профилактикой понимается система регламентированных мероприятий и усилий самого населения, направленных на предупреждение и раннее выявление онкологических заболеваний. На каждом этапе этой работы должен осуществляться выбор приоритетов с учётом особенностей структуры населения по возрасту, образованию, месту работы и т. д. Профилактику составляют: нормативная основа, просветительная работа, работа с группами повышенного риска, усовершенствование специалистов первичного звена. Различные мероприятия дополняют друг друга. В основе активного выявления пациентов на стадии предрака или раннего рака принцип скрининга (от англ. screening – просеивание, сортировка). Скрининг населения предполагает выявление злокачественной опухоли (или её предшественников) до появления симптомов болезни, на доклинической стадии, т.е. необходимо четко отличать скрининг от ранней диагностики, когда заболевание выявлено при самостоятельном обращении за медицинской помощью с определенными жалобами [2, с. 231]. ВОЗ определяет скрининг как «предположительную идентификацию невыявленного заболевания во внешне здоровой, бессимптомной популяции путем использования тестов, анализов или других процедур, которые можно быстро и легко применить к целевой популяции [3, с.5].

Цель. Провести анализ профилактических мероприятий по выявлению злокачественных новообразований на районном уровне.

Методы исследования. Сплошным ретроспективным методом изучены действующие в организации здравоохранения нормативные документы, журналы профилактической работы и учёта пациентов, подлежащих скринингу. Анализ проводился на базе одной из ЦРБ Гродненской области, промежуток исследования: 2019 и 2020 гг.

Результаты и их обсуждение. Согласно приказу МЗ РБ № 830 от 27.08.2017г. «Об организации скрининга и ранней диагностики рака» проводится формирование списков лиц, подлежащих скринингу (таблица 1).

Таблица 1. Формирование списков пациентов, подлежащих скринингу

Показания	Обследование и частота
Рак предстательной железы (РПЖ)	
1) Мужчины 50-65 лет с неотягощенным соматическим статусом 2) Мужчины 45 и старше с неблагоприятным семейным анамнезом 3) Мужчины 45-55 лет без наследственной предрасположенности к РПЖ с уровнем общего ПСА 2,5-4,0 нг/мл	Анализ крови на ПСА 1 раз в 2 года
Рак молочной железы (РМЖ)	
Женщины 50-69 лет	Маммография 1 раз в 2 года
Колоректальный рак (КРР)	
Мужчины и женщины 50-60 лет	Анализ кала на скрытую кровь FIT 1 раз в год. Тотальная колоноскопия при положительном результате анализа

В процессе скрининга выявлено в течение 2019 г.:

- РМЖ: 5 случаев, в I-II стадии – из 5 случаев (100%);
- КРР: 1 случай, в I-II стадии – 1 (100%);
- РПЖ: 18 случаев, в I-II стадии – 15 (83,3%).

Выявление злокачественных новообразований в ранней стадии при скрининге составило 87,5%.

За 2020г. в скрининге по РМЖ приняло участия 36,3% женщин от подлежащих, по РПЖ 45,7 % мужчин от подлежащих. Скрининг по КРР в 2020г. не проводился. Темпы скрининга в 2020г. существенно снижены по сравнению с 2019г. в связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой.

Выявлено случаев в процессе скрининга в течение 2020 г.:

- РМЖ: 2 случая, в I-II стадии – 2 (100%)
- РПЖ: 7 случаев, в I-II стадии – 6 (85,7%)

Выявление злокачественных новообразований в ранней стадии при скрининге составило 88,8%.

Сотрудниками ЦРБ проводится работа по формированию здорового образа жизни и повышению онкологической настороженности среди населения. Работает школа онколога, сотрудниками кабинета прочитаны лекции по различным нозологиям в онкологии. В школе онколога за 2019 год прочитаны лекции для медицинских работников ЦРБ по наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованиям с разбором ошибок диагностики «Опухоли головы и шеи, клиника, ранняя диагностика, профилактика», «Рак легкого, возможности рентгенологической диагностики». Экспертная комиссия, провела разбор случаев онкозапущенности для улучшения работы по раннему выявлению онкологических заболеваний. По результатам работы экспертной комиссии изданы соответствующие приказы главного врача.

В течение 2019г. изданы 4 статьи в местной газете по ранней диагностике опухолей полости рта и глотки, меланоме кожи, проведению скрининга в районе, роли табакокурения в развитии злокачественных новообразований, выступление по радио по скринингу злокачественных новообразований в районе.

Разработан план ЦРБ по раннему выявлению злокачественных новообразований визуальных локализаций, включающий организационные и профилактические мероприятия. Изданы и активно распространяются среди населения памятки для населения по вопросам профилактики опухолей головы и шеи (тираж 2000), опухолей молочной железы (тираж 2000). Выпущен видеоролик по ранним клиническим проявлениям опухолей кожи с трансляцией в холле поликлиники. На базе женской консультации функционирует кабинет онкопрофилактики, где проводится выявление, санация, лечение предопухолевых заболеваний женских половых органов.

Выводы. Систематическая настойчивая профилактическая работа позволяет привлечь внимание населения и повысить онконастороженность, снизить онкозаболеваемость. Выявление злокачественных новообразований в ранней стадии при скрининге достаточно эффективно. Следует продолжить работу по информированию пациентов о ранних признаках заболеваний, причинах, методах предупреждения; рекомендовать медицинскому персоналу повышать профессиональный уровень путём посещения обучающих мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистический ежегодник. 2020 : Статистический сборник / Ред. колл.: И. В. Медведева, И. С. Кангро, Ж. Н. Василевская и др. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2020. – 436с.
2. Угляница, К. Н. Общая онкология: учебное пособие / К. Н. Угляница, Н. Г. Луд, Н. К. Угляница. – Гродно : ГрГМУ, 2007. – 818 с.
3. Скрининг, 2020: Аналитическая записка №35 / Ред.колл.: Anna Sagan, David McDaid и др. – Всемирная организация здравоохранения 2020 г. (в качестве ведущей организации и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения) – 27 с.

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С КОСТНЫМИ КИСТАМИ

Хотим О. А., Аносов В. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Костная система в процессе развития подвергается ряду изменений, которые начинаются с закладки костной ткани на втором месяце внутриутробного развития и продолжаются с ростом и развитием организма. В возрастном периоде с 5 до 16 лет минеральная плотность кости увеличивается втрое, а с 10 до 16 лет – на 34-39%, к 18 годам минеральная плотность кости достигает своего максимального значения во многих участках скелета [3, 7]. Дефицит костной массы и минеральной плотности кости ведут к развитию такого заболевания как остеопороз. Остеопороз представляет собой болезнь, характеризующуюся низкой костной массой и структурным изменением костной ткани, что ведет к повышенному риску возникновения переломов. До 2000 года остеопороз относили к болезням людей старшей возрастной группы, однако после консенсуса Национального института здоровья США (март 2000 г.) было доказано, что данная патология может встречаться у людей любого возраста, в том числе и у детей. Остеопения – это собирательный медицинский термин, применяемый для обозначения низкой минеральной плотности костной ткани без учета причин ее возникновения и характера структурных изменений, т.е. остеопения представляет собой состояние «предболезни», которое является патологическим и требует активного выявления и коррекции с целью недопущения перехода его в остеопороз [3, 4, 7]. Основой инструментальной диагностики минеральной плотности костной ткани является остеоденситометрия, осуществляемая, в зависимости от используемого оборудования, рентгеновским, ультразвуковым методом или методом компьютерной томографии [7, 11].

Костная киста – представляет собой остеолитическое образование, возникающее преимущественно (85%) в детском возрасте (5-15 лет). Костные кисты занимают третье место по частоте встречаемости среди всех первичных костных образований. Любая кость может быть вовлечена в патологический процесс, в большинстве случаев костные кисты локализуются в проксимальном отделе плечевой (более 50%) и проксимальном отделе бедренной кости (25%). Существует ряд теорий возникновения костных кист у детей, однако, на сегодняшний день не существует единой теории возникновения костных кист, которая четко объяснила этиологию и патогенез данной патологии [1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 12].

Учитывая особенности костной биодинамики, в период с 5 до 16 лет минеральная плотность костной ткани возрастает в 3 раза, что совпадает с

возрастным периодом по выявлению костных кист у детей, и тот факт, что на данный момент не существует единой обоснованной теории возникновения костных кист у детей, изучение показателей минеральной плотности костной ткани у пациентов с костными кистами является актуальным и важным на сегодняшний день.

Цель. Определить состояние костной ткани у детей с диагнозом «дистрофическая костная киста» и сравнить данный показатель у пациентов с иной патологией опорно-двигательного аппарата.

Методы исследования. С целью определения минеральной плотности костной ткани было обследовано 2 группы пациентов: 25 пациентов с диагнозом «дистрофическая костная киста» и 42 пациента с диагнозом «идиопатический сколиоз» в качестве группы сравнения. Все пациенты находились на стационарном лечении в учреждении здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2015 по 2021 год. Минеральная плотность костной ткани определялась 2 методами: двойная рентгеновская абсорбциометрия (рентген-денситометрия), компьютерная томография.

Результаты и их обсуждение. Из 25 детей с диагнозом «дистрофическая костная киста» 17 было мужского пола (68%) и 8 – женского (32%). Средний возраст пациентов составил 13 лет (от 4 до 20 лет). Костная киста локализовалась у 10 (40%) пациентов в плечевой кости, у 5 (20%) – в большеберцовой, у 4 (16%) – в малоберцовой, у 3 (12%) – в бедренной, в лучевой кости, в надколеннике, в пятке – у 1 пациента для каждой локализации (по 4%). При исследовании минеральной плотности костной ткани у пациентов с костными кистами получен следующий результат: у 9 пациентов (36%) показатель минеральной плотности костной ткани находится в пределах возрастной нормы, у 9 (36%) выявлена остеопения и у 7 (28%) детей – остеопороз.

В качестве группы сравнения нами было обследовано 42 пациента с диагнозом «идиопатический сколиоз» различной локализации и степени, из них 4 (10%) мужского и 38 (90%) женского пола. Средний возраст составил 14,5 лет (11-17 лет). При проведении денситометрии с использованием компьютерного томографа у 21,5% детей выявлены изменения со стороны минеральной плотности костной ткани: у 6 пациентов (14,3%) – остеопения, у 3 (7,2%) – остеопороз. У 33 детей (78,5%) минеральная плотность костной ткани были в пределах возрастной нормы.

Выводы. При выполнении денситометрии у пациентов с костными кистами снижение минеральной плотности костной ткани было выявлено у 64% пациентов. В сравнении с пациентами со сколиозом, у которых данный показатель был снижен только у 21,5%. Таким образом, можно предположить, что существует определенная причинно-следственная связь между возникновением костных кист и низкой минеральной плотностью кости у ребенка. Данный факт также необходимо учитывать при выборе тактики

лечения и помнить, что любое снижение минеральной плотности костной ткани у детей и подростков требует коррекции. Также следует продолжить изучение особенностей костеобразования и костной резорбции у пациентов с костными кистами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вердиев, Ф. В. Кисты костей у детей и подростков (обзор литературы) / Ф. В. Вердиев // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2014. – №2. – С. 135 – 140.
2. Демичев, Н. П. Диагностика и криохирургия костных кист / Н. П. Демичев, А. Н. Тарасов – Москва: МЕДпресс-информ, 2005. – 144 с.
3. Диагностика и лечение дефицита костной массы и остеопороза у детей : учебно-методическое пособие / А. С. Почкайло [и др.] – Минск, 2010. – 59 с.
4. Профилактика и ведение остеопороза: доклад научной группы ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения. Исполнительный комитет, сто четырнадцатая сессия. – Женева: 07-10 апреля 2000. – С. 1-9.
5. Сподарь, Д. В. Малоинвазивные технологии в хирургическом лечении дистрофических костных кист у детей с использованием высокоинтенсивного расфокусированного лазерного излучения : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.35 / Д. В. Сподарь. – Челябинск, 2004. – 166 л.
6. Хотим, О. А. Костные кисты у детей / О. А. Хотим, В. С. Аносов, Л. З. Сычевский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – №5 (16). – С. 625 – 630.
7. Хотим, О. А. Остеопения как фактор риска развития и прогрессирования сколиоза у детей / О. А. Хотим, В. С. Аносов, Л. З. Сычевский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – № 2. – С. 176-180.
8. Canale, S.T. Campbell`s operative orthopedics / S. T. Canale, J. H. Beaty; ed. K. Daugherty. – 12th edition. – Philadelphia: Elsevier Mosby, 2013. – 4637 p.
9. Herring, J.A. Tachdjian`s Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children / J. A. Herring; ed. J. A. Herring. – 5th. edition. – Philadelphia: ELSEVIER SAUNDERS, 2014. – 2479 p.
10. Pediatric Orthopedics in Practice / F. Hefti [et al.]. – Berlin: Springer, 2007. – 781 p.
11. Reiser, M. F. Osteoporosis and Bone Densitometry Measurement / M. F. Reiser, H. Hricak, M. Knauth. – Springer Heidelberg New York Dordrecht London, 2013 – P. 123-132.
12. Weinstein Stuart L. Lovell and Winter`s pediatric orthopedics / Stuart L. Weinstein, John M. Flynn.; ed.: Stuart L. Weinstein, John M. Flynn. – 7td edition. – Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2014. – 1960 p.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ SARS-COV-2 У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С COVID-19

Шейбак Л. Н., Можджер В. В., Бык М. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Как известно, материнский организм является внешней средой по отношению к плоду и инфицирование матери COVID-19 может отразиться на состоянии новорожденного ребенка. У новорожденных вероятность вертикальной (внутриутробной) передачи инфекции в настоящее время предполагается, но окончательно не определена. При этом гипоксемия у матери, вызванная тяжелым течением COVID-19, может привести к внутриутробной гипоксии, преждевременным родам и другим рискам [1, 2].

Цель – ретроспективный анализ частоты встречаемости SARS-CoV-2 и COVID-19 у новорожденных детей от матерей, заболевших коронавирусной инфекцией накануне родов и имевших положительные результаты мазка из носоглотки на SARS-CoV-2.

Методы исследования. Изучено 53 истории родов и, соответственно, историй развития новорожденных, родившихся в УЗ «ГК БСМП г. Гродно» за период с апреля 2020 г. по февраль 2021 г. У женщин, поступивших в стационар на родоразрешение, были получены положительные результаты исследования мазка из носоглотки на коронавирусную инфекцию. Новорожденным детям проводился контроль наличия SARS-CoV-2 на 3 сутки жизни в виде мазка из носоглотки, в соответствии с рекомендациями, утвержденными в РБ. Других исследований (амниотическая жидкость, пуповинная кровь и грудное молоко) по определению РНК коронавирусной инфекции не проводилось.

Результаты и их обсуждение. Из 53 рожениц, имевших клинические проявления COVID-19 и положительный результат мазка на наличие SARS-CoV-2 в родах, только у 7 доношенных новорожденных детей (13,2%) было получено РНК новой коронавирусной инфекции. У 3-х из них имелись клинические проявления очаговой пневмонии при R-логическом исследовании. Заболевание протекало средней тяжести и не сопровождалось выраженными дыхательными расстройствами. У 4 детей с положительным тестом SARS-CoV-2 отмечалось наличие геморрагий в кожу и склеры и выраженный желтушный синдром.

У остальных 46 детей течение ранней неонатальной адаптации сопровождалось увеличением частоты развития пограничных состояний и дезадаптационного синдрома.

Нами получено увеличение частоты встречаемости неонатальной желтухи (до 57,1%), геморрагических расстройств (до 28,6%), расстройств

обусловленных укорочением срока гестации (до 14,3%) по сравнению со среднестатистическими показателями доковидного периода выхаживания новорожденных в данном стационаре.

Геморрагические расстройства у доношенных новорожденных детей выражались в виде кровоизлияний в кожу и склеры, а также снижением показателей красной крови (Ht, Hb, эритроцитов), снижением ПТИ, увеличением АЧТВ и МНО в коагулограмме.

Выводы. Таким образом, наличие COVID-19 у матерей во время родов не определяет инфицированность плода и наличие внутриутробной инфекции у новорожденного. Выполнение однократного исследования мазка из носоглотки на 3-й день жизни является недостаточным. В перечень необходимых лабораторных тестов по диагностике внутриутробного инфицирования новой коронавирусной инфекцией следует включить выполнение ректальных мазков на SARS-CoV-2 и исследование крови ребенка ИФА (IgM), что соответствует современным международным рекомендациям [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Коронавирусная инфекция у детей / Н. Н. Зверева [и др.] // Педиатрия. – 2020. – Т. 99, № 2.
2. Коронавирусная инфекция у новорожденных / Д. Тревисуто [и др.] // Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2021. – № 1.

Научное издание

**ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО СЕСТРИНСКОГО
ДВИЖЕНИЯ И ПРАКТИКИ**

Сборник материалов к 30-летию
высшего сестринского образования в Республике Беларусь

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка Е. П. Курстак, А. А. Хартанович

Подписано в печать 22.02.2022.

Тираж **9**. Заказ **14**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

ЛП №02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

ISBN 978- 985- 595- 682- 3



9 789855 956823