

*С. Багомедова, С. Мурадинова, Д. Таймазова
Руководитель: Ю.И. Кумпан*

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ВОЙНЫ ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Информационные войны в современном мире стали одним из основных и уже привычных факторов окружающей нас действительности. Каждый из нас ежедневно оказывается в фокусе действия той или иной информационной атаки, несущий заряд убийственной агрессии, направленной как на общество в целом, так и на сознание каждого человека в отдельности.

Технологии информационных войн, основанные на манипулятивном управлении политическим сознанием и поведением граждан, исключительно опасны: их главная задача – разделить и поляризовать общество, разорвать его на множество клочков и фрагментов, заставить эти фрагменты искренне ненавидеть друг друга с тем, чтобы затем столкнуть их между собой, инициировав борьбу на уничтожение, или объединить их агрессию в единый поток и направить его против действующей власти. При этом цель информационной войны – сломить волю противника к сопротивлению и подчинить его сознание своей воле.

Высокая эффективность информационных атак и растерянность, являющаяся типичной реакцией большинства стран на акции информационной войны, делает информационные войны одним из основных элементов современных гибридных войн, таких как война в Сирии или конфликт в Украине. Принципы организации информационных атак на первых лиц государства, формы и методы манипулирования массовым сознанием, технологии "пробных шаров", фрейминга, "наклеивания ярлыков", а также методы противодействия им – все это неотъемлемая часть этих войн.



Знаменитый доктор Рошаль объявил происходящее в мире биологической войной против человечества. Доктор ошибается. Война идёт не биологическая. Идёт информационная война.

Опасные последствия влечёт вовсе не очередной вирус ОРЗ. Опасные последствия влечёт неадекватная реакция властей на него.

Информационная война - термин, имеющий два значения:

1) Воздействие на гражданское население и военнослужащих другого государства путём распространения определённой информации с целью достижения политических или чисто военных целей.

2) Целенаправленные действия, предпринятые для достижения информационного превосходства путём нанесения ущерба информации, информационным процессам и информационным системам противника при одновременной защите собственной информации, информационных процессов и информационных систем.

Основные черты информационной войны:

1. Не задействуются психоактивные вещества, прямой шантаж и запугивание, подкуп, физическое воздействие.

2. Объектом является как массовое, так и индивидуальное сознание (т.е. лица, от решения которых зависит принятие решений по интересующим противоборствующую сторону вопросам).

3. Воздействие может осуществляться как на фоне информационного шума, так и в условиях информационного вакуума.

4. Навязывание чуждых целей — это то, что отличает информационную войну от обычной рекламы.

5. Средствами ведения информационной войны являются любые средства передачи информации — от СМИ до почты и сплетен.

6. Информационное воздействие содержит искажение фактов или навязывает подвергающимся ему эмоциональное восприятие, выгодное воздействующей стороне.

Методы противостояния



При информационно-техническом противоборстве главные объекты воздействия и защиты - информационно-технические системы: системы передачи данных, системы защиты информации.

При информационно-психологическом противоборстве главными объектами воздействия и защиты являются:

1. Система принятия политических и экономических решений.
2. Система формирования общественного сознания.
3. Система формирования общественного мнения.
4. Психика политической элиты и населения противостоящих сторон.

Информационное противоборство включает три составные части:

- стратегический анализ,
- информационное воздействие,
- информационное противодействие.

Самое страшное, это необратимость последствий информационной-сетевой войны. В результате информационного воздействия те моральные установки, которые существовали в обществе, исчезают, а на их место приходят принципы, навязанные агрессором. И вот уже страна разваливается, либо, как это принято называть, "интегрируется", утрачивая свою былую идентичность и суверенитет.

Методы ведения информационных войн

Как правило, методами информационной войны является выброс дезинформации или представление информации в выгодном для себя ключе.

Данные методы позволяют изменять оценку происходящего населением территории противника, развивать пораженческое настроение и обеспечивают переход на сторону ведущего информационное воздействие. В качестве примера можно привести «прелестные письма», в которых Степан Разин призывал всех ищущих воли на свою сторону, выдавая себя за восстановителя справедливости, борца с предавшей царя местной властью.

С появлением средств массовой информации и общим повышением уровня грамотности в XX веке ведение информационной войны стало более



эффективным. Ярким примером изменения общественного сознания является деятельность Йозефа Геббельса, рейхсминистра народного просвещения и пропаганды.

Информационные войны и медицина

Фейки бывают безвредные, а бывают довольно опасные. Один из последних начал активно распространяться в праздничные дни, пока чиновники отдыхали вместе с народом. Речь идет о поправках в приказ Минздрава «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи» по профилю «гериатрия».

Согласно опубликованному в «Российской газете» документу, из некоторых пунктов приказа исключается высокотехнологичная медицинская помощь.

Вслед за этим в одном из блогов в «Живом журнале» был опубликован текст под заголовком «Сбрось маму с поезда». Автор утверждал, что «возрастным пациентам остается доступна только первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная и паллиативная». А если пожилой человек, например, получит сильные ожоги или ему потребуется серьезная операция, то его «бросят умирать».

Текст мало-помалу распространялся, а ближе к концу новогодних праздников попал в «Фейсбук» и «Яндекс-дзен» с паническим заголовком «Минздрав отказал пожилым пациентам от 60 лет в высокотехнологичной медицинской помощи».

Весь инструментарий информационной войны направлен преимущественно на молодое поколение, на стирание у него исторической памяти. Наиболее яркий пример – это Казахстан, где письменность собрались переводить на латиницу, а на старших курсах некоторых вузов преподавание ведут на казахском и английском языках. Вместе с тем русский язык как язык международного общения там планомерно вытесняют, и такой процесс можно наблюдать на территории большинства стран бывшего СССР, которые связаны с нами общим прошлым. Это ограничивает людей в



возможности самостоятельно составить объективную картину мира, потому что информационные источники на русском языке отсекаются.

В итоге постепенно утрачиваются традиции, связь и преемственность времён. Это приводит к разрушению в том числе и духовных основ, на которых держится общество. Также иллюстрацией может служить искусственное насаждение иностранной массовой культуры, которая несёт за собой совершенно иной набор транслируемых ценностей.

Современные технические средства и единое информационное пространство позволяют генерировать нужные зрелища, а также с лёгкостью распространять и внедрять их в сознание людей. Действенным оружием в информационной войне становятся фильмы, сериалы, комиксы и видеоигры с русскими антигероями. В качестве примера можно привести киноленты последних лет, имевшие в прокате неплохую популярность: «Красный воробей», «Взрывная блондинка», «Блеск», «Дедпул-2». В них и многих других негативный образ русского человека очень тщательно проработан специалистами: это вечно пьяный, мощный, агрессивный бандит либо тупой представитель тоталитарной системы. Это у русскоговорящих зрителей вызывает зачастую усмешку, однако, это долгоиграющая программа действий, направленная на изменение стереотипов в мышлении прежде всего молодого поколения, чтобы сформировать у российской молодёжи стыд за то, что они – русские, а у русскоговорящей молодёжи из стран постсоветского пространства – негативное отношение к России и нежелание взаимодействовать с представителями нашей страны. Так поэтапно пытаются разорвать контакты между странами и народами. Но далеко не всегда это ведёт к успеху, поскольку понимание, во что выльется подобный разрыв связей, уже появилось. Соответственно, противодействие подобным атакам идёт, и должно идти еще в большей степени, для того чтобы современное поколение сохраняло здравый ум и способность мыслить самостоятельно, верными этическими категориями, принимать решения, а не потреблять



приготовленную специально информацию как нечто, не подлежащее сомнению и критике.

Список источников

1. Федеральный закон от 27.07.2006 N 149-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2017) [Электронный источник] / URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61798/

2. Конвенция ООН об обеспечении международной информационной безопасности (концепция). 2011. [Электронный источник] / URL: http://www.mid.ru/foreign_policy/official_documents/asset_publisher/CptICkB6BZ29/content/id/191666

3. Алексеева, Е.Н. Информационная война – война XXI века / В сборнике: Актуальные проблемы социального, экономического и информационного развития современного общества Материалы II Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции. Главный редактор А.И. Уразова. 2017. С. 212-218.

4. Аскерова, Л.Ф. Информационная война как вид манипуляции / Гуманитарные научные исследования. 2017. № 6 (70). С. 14.

5. Боровая, Е.О. Информационная война как угроза национальной безопасности / Политика, экономика и инновации. 2017. № 2 (12). С. 5.

6. Воротникова, А.М., Никитин, Г.М. Информационная война против России / В сборнике: Современные тенденции в науке Сборник статей Международной научно-практической конференции. 2017. С. 137-139.

7. Карпинская, А.А. «Информационные войны» в современном мире: к постановке проблемы / Современные научные исследования и разработки. 2017. № 2 (10). С. 308-309.

8. Малиева, Т.И. Информационная война: понятие, уровни, участники / Наука и Мир. 2017. Т. 1. № 2 (42). С. 83-86.



9. Сулейманова, Ш.С., Назарова, Е.А. Информационные войны: история и современность: Учебное пособие. – М.: Международный издательский центр «Этносоциум», 2017. 126 с.

*О. Патимат
Руководитель: Кайванова И.Г.*

СУЩНОСТЬ ПРОЦЕССА СОЦИАЛИЗАЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕГО ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПО З. ФРЕЙДУ

В настоящее время в России весьма актуальным является изучение индивидуально-психологических особенностей беременных женщин. Одним из важнейших аспектов данной проблемы является отношение беременных женщин к своему будущему ребенку и семье, особенно учитывая тревожно-депрессивный фон настроения на протяжении периода беременности.

Основной особенностью беременных женщин является возбужденное и тревожное нервно-психическое состояние. В начале и в конце беременности женщинам присуще чувство тревоги, однако, следует отметить, что уровень тревоги зависит во многом от личностных особенностей женщины и внешних факторов в виде течения беременности, семейной обстановки и т.д.

Беременность, в особенности первая, - «кризисная точка в поиске своей женской идентичности, так как это точка, из которой нет возврата, независимо от того, рождается ли в должный срок ребенок, случается выкидыш или делают аборт», - считает Д. Пайнз. Беременность, с ее точки зрения, подразумевает конец существованию женщины как независимого отдельного существа и начало непрерывных и бесповоротных отношений мать-дитя. Н.П. Коваленко в своей диссертационной работе «Психологические особенности и коррекция эмоциональных состояний женщины в период беременности и родов» основной упор делает на эмоциональное состояние беременных женщин. По мнению автора, именно



эмоциональная сфера женщины претерпевает наибольшие изменения, и основной причиной негативных нарушений в состоянии здоровья матери и плода является эмоциональный стресс.

В психологической науке беременность рассматривается преимущественно как этап в развитии материнской сферы, который готовит женщину к выполнению материнских функций в постнатальном периоде. Таким образом, беременность является психологической подготовкой к будущему материнству.

По мнению С.Ю. Мещеряковой, психологическая готовность к материнству представляет собой специфическое личностное образование, основой которого выступает субъект-объектная ориентация в отношении к будущему ребенку. В своей работе автором были выделены три уровня психологической готовности к материнству:

Низкий уровень – для него характерно наличие колебаний при принятии решения иметь ребенка, негативные ощущения и колебания на протяжении периода беременности. При обследовании таких матерей было выявлено, что в детстве у них отсутствовала привязанность к собственной матери и в семье царила весьма строгое отношение родителей.

Средний уровень – характеризуется наличием противоречий в содержании переживаний женщиной своей беременности, что находит свое отражение в амбивалентных установках к материнству и отношением к ребенку.

Высокий уровень готовности к материнству – для данного уровня присуще отсутствие колебаний в принятии решений иметь ребенка, позитивные эмоциональные реакции на факт беременности и позитивный эмоциональный фон во время всего периода беременности.

Психологическая готовность к материнству состоит из 6 основных компонентов:



Эмоциональный компонент: самосознание личности, ее способность к поддержанию оптимального уровня эмоционального возбуждения, стрессоустойчивость;

Ориентационный компонент: знания и представления об особенностях и условиях деятельности, ее требованиях к личности;

Оценочный компонент: самооценка своей подготовленности и соответствия процесса решения задач оптимальным образцам;

Интеллектуальный компонент (когнитивный): необходимые для деятельности знания и значимые особенности мышления;

Волевой компонент: способность к преодолению возможных трудностей, включающая самоконтроль, ряд умений управлять действиями, из которых формируется выполнение обязанностей;

Мотивационный компонент: отношение к деятельности, стремление к совершенствованию.

В отечественной литературе представление понятия психологической готовности при изучении феномена материнства впервые было представлено в работе О.А. Копыл. Также психологическая готовность уже непосредственно к материнству была исследована в работах Е.Ю. Шулаковой и рассмотрена на примере формирования психологической готовности девушек к здоровому образу жизни и осознанному материнству.

С момента рождения и на протяжении всей жизни человек контактирует с окружающими, включаясь в различные виды деятельности. В отечественной социологии процесс социализации принято разделять на три периода: дотрудовой, трудовой и послетрудовой. Многие социологи утверждают, что социализация никогда не бывает полной и никогда не завершается. Новые шаблоны поведения развиваются, когда человек, например, мигрирует в другую страну, переходит на новую работу, вступает в религиозную секту, уходит из дома, разводится и т.д. На каждой



стадии социализации в действие вступают определённые социальные институты: семья, группы сверстников, школа, трудовые коллективы.

Наиболее важной для индивида обычно является первичная социализация, поскольку вторичная социализация является производной от первичной. Ребёнок принимает роли и установки значимых других, усваивает их и делает своими собственными. В процессе социализации индивиды также играют активную роль в изменении своего окружения.

Фрейд рассматривает детское развитие как процесс постепенной социализации ребенка, подчиняющийся закону перехода от принципа удовольствия к принципу реальности.

А. Фрейд намечает основные компоненты процесса социализации: Новорожденный, по ее мнению, знает лишь один закон, а именно - принцип удовольствия, которому слепо подчинены все его проявления. И если поиск удовольствия – «внутренний принцип» ребенка, то удовлетворение желаний зависит от внешнего мира. С самого начала существует разрыв между желанием и возможностью его удовлетворить.

Механизмы социализации по Фрейду:

Термин “психоанализ” имеет три значения:

- ✓ Теория личности и психопатологии;
- ✓ Метод терапии личностных расстройств;
- ✓ Наконец, метод изучения неосознанных мыслей и чувств индивидуума.

В самом общем смысле психоанализ – это стремление выявить скрытые мотивы действий, мнений, истоки морально-психологических установок личности.

Являясь психическим (поскольку понятие психики шире, чем понятие «сознание», «сознательное»), бессознательное представляет собой такую форму отражения действительности, при которой утрачивается полнота ориентировки во времени и месте действия, нарушается речевое регулирование поведения.



В бессознательном, в отличие от сознания, невозможен целенаправленный контроль за совершаемыми действиями, невозможна и оценка их результата. Фрейд исходит из того, что допущение бессознательного необходимо в силу существования таких актов, для объяснения которых необходимо признание наличия других актов, не являющихся сознательными, ибо у данных сознания имеется множество пробелов.

Только в этом случае, как считает он, не нарушается психическая непрерывность и становится понятным существо познавательного процесса с его сознательными актами. Открыв объективную психодинамику и психоэнергетику мотивов поведения личности, скрытую «за кулисами» ее сознания, Фрейд преобразовал прежнее понимание предмета психологии. Прделанная им и множеством его последователей психотерапевтическая работа обнаружила важнейшую роль мотивационных факторов как объективных регуляторов поведения, стало быть, не зависящих от того, что нашептывает «голос самосознания».

Механизмы социальной адаптации по Фрейду:

Нужен компонент в структуре личности, который примирял бы «Сверх-Я» и «Оно», выбирая такой способ поведения, который по мере возможности не нарушал бы моральных требований и не перекрывал бы полностью энергетический «источник» «Оно».

Такой компонент назван Фрейдом «Я». «Я» представляет собой центр личности, раздираемый извечным конфликтом и терпящий постоянное невыносимое напряжение. Если интенсивность потребности велика, а условия ее удовлетворения отсутствуют, поведение человека регулируется «Я» с помощью механизмов защиты.

Первая и универсальная задача психоанализа – это расшифровка, истолкование, противоречивого, что возникает в сознании и человеческих отношениях. Очевидно, что психоанализом занимаются все люди с



нормальной, да и с отклоняющейся психикой, когда сталкиваются с чем-то лично их задевающим.

Современные психоаналитики широко используют введенные еще З. Фрейдом понятия "аллопластических" и "аутопластических" изменений и, соответственно, различают две разновидности адаптации:

а) *Аллопластическая адаптация* осуществляется теми же изменениями во внешнем мире, которые человек совершает для приведения его в соответствие со своими потребностями;

б) *Аутопластическая адаптация* обеспечивается изменениями личности (ее структуры, умений, навыков и т.п.), с помощью которых она приспосабливается к среде.

Бессознательное: - в область бессознательного входят психические явления, возникающие во сне (сновидения);

- ответные реакции, которые вызываются неосязаемыми, но реально воздействующими раздражителями ("субсенсорные" или "субцептивные" реакции);

- движения, бывшие в прошлом сознательными, но благодаря повторению автоматизировавшиеся и поэтому более неосознаваемые; некоторые побуждения к деятельности, в которых отсутствует сознание цели, и другие.

Если психосексуальная энергия продолжает циркулировать в закрытом контуре и не разряжается, бессознательно мотивируя поведение, человек испытывает неприятные переживания, тревогу.

"Запреты", которые, как считал Фрейд, вытесняют сексуальное влечение в сферу бессознательного и порождают неврозы, были, в сущности, ничем иным, как социальными нормами нравственности и права, возникшими на заре человеческой истории.

Итак, если человек отказывается от культуры в пользу своих наслаждений, то он лишается защиты, многих благ и может погибнуть.



Если же он отказывается от наслаждений в пользу культуры, то это тяжким грузом ложится на его психику.

В какую же сторону склонен человек? Конечно же, во вторую. Фрейд пишет об этом так: "В силу этого всякая культура должна быть построена на принуждении и на отказе от влечений, и при ее понимании оказывается, что центр тяжести с материальных интересов передвинут на психику.

Решающим является вопрос, удастся ли и в какой мере уменьшить для людей тяжесть жертвы, которая состоит в отказе от своих влечений, примирит людей с теми жертвами, какие им приходится неизбежно нести, и каким образом вознаградить их за эти жертвы."

С. Перемей
Руководитель: Братерская Е.М.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Хроническая сердечная недостаточность является одной из основных проблем здоровья населения. С ней связана высокая заболеваемость и смертность. Именно хроническая сердечная недостаточность является основной причиной повторных госпитализаций кардиологических больных. Согласно эпидемиологическим данным встречается у 4 % населения планеты, а, начиная с 60-летнего возраста, её распространённость удваивается через каждые 10 лет. По данным исследования ЭПОХА-ХСН распространённость хронической сердечной недостаточности (ХСН) в европейской части России составила 12,3%. Хроническая сердечная недостаточность существенно влияет на качество жизни. Установлено, что если сахарный диабет снижает качество жизни на 35,6 %, артриты — на 50,4 %, ишемическая болезнь сердца — на 60,6 %, то хроническая сердечная недостаточность снижает качество жизни на 80,9 %.



Хроническая сердечная недостаточность наносит обществу существенный экономический ущерб, так как является одной из частых причин первичных и повторных госпитализаций среди взрослого населения.

Известно, что в течение первого месяца после выписки из стационара повторной госпитализации подвергаются около 30% пациентов, а в течение года эта цифра достигает 60%.

Средняя продолжительность жизни больных с диагностированной хронической сердечной недостаточностью в зависимости от ее тяжести составляет от 4,8 до 7,8 лет, а смертность достигает 30 % в год.

Все это свидетельствует о высокой актуальности проблемы ранней диагностики, эффективного лечения и профилактики данного патологического состояния.

Знание и соблюдение медицинской сестрой порядка и периодичности диспансерного наблюдения позволяет контролировать состояние пациентов, не допускать развитие осложнений, а в случае ухудшения состояния вовремя его диагностировать и оказать необходимую помощь.

Однако стоит отметить, что хроническая сердечная недостаточность — это сложный синдром, который обычно развивается у пожилых пациентов, пациенты с ХСН часто имеют сопутствующие заболевания, из-за которых они вынуждены принимать множество лекарственных препаратов. Иногда у них есть когнитивные и/или функциональные ограничения, психологические нарушения, такие как депрессия или беспокойство, пациенты могут быть изолированы из-за плохой социальной поддержки.

С точки зрения многих пациентов, чувствующих себя значительно лучше именно после госпитализации, принимать дома столько таблеток не нужно, а соблюдать предписания медицинских работников можно только при необходимости. Плохая приверженность медикаментозной терапии, делает этих пациентов более предрасположенными к декомпенсации, что



приводит к повторной госпитализации, и необходимости повторной стабилизации состояния пациента. А это ведет к дополнительным экономическим и трудовым затратам.

Считается, что 64% повторных поступлений в стационар вызваны несоблюдением пациентами режима лечения, и 54% случаев повторной госпитализации можно предотвратить.

Одним из путей решения этой проблемы является внедрение в практику динамической системы ведения таких больных.

При предлагаемом динамическом наблюдении за пациентами пациенты смогут проходить обучение, узнавать о своих лекарствах, самостоятельно контролировать свое состояние, и знать, где они могут получить помощь при ухудшении симптомов.

Для подтверждения эффективности постоянного динамического наблюдения за пациентами с хронической сердечной недостаточностью на базе терапевтического участка ГБУЗ СК «Краевой центр СВМП №1» было проведено студенческое научно-практическое исследование.

В исследование были включены 24 пациента, состоящие на диспансерном учете по поводу хронической сердечной недостаточности. Все пациенты включались в исследование после выписки из стационара и стабилизации состояния.

Все пациенты методом случайных чисел рандомизировались в две группы: группа 1 — активного динамического ведения, группа 2 — стандартного диспансерного ведения.

С пациентами первой группы — активного динамического ведения:

- проводилось обучение, включающее обучение правильному приему лекарственных средств, правильному питанию, определению суточного диуреза, самоконтролю состояния;
- посредством телефонных контактов периодичностью 1 раз в неделю контролировалось соблюдение пациентами врачебных назначений, режима питания, двигательной активности, оценивались состояние больного,



проводимая терапия, в рамках компетенции давались рекомендации по лечению;

- проводилось активное амбулаторное наблюдение, включающее 3 посещения на дому.

С пациентами второй группы — стандартного ведения — проводились стандартные процедуры диспансерного наблюдения.

Исходно пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, курению, количеству перенесенных инфарктов миокарда, длительности ХСН, функциональному классу стабильной стенокардии, встречаемости артериальной гипертензии, ее длительности, наличию сахарного диабета, индексу массы тела (табл. 1).

Клиническая характеристика больных хронической сердечной недостаточностью

Показатели	Группа 1 (активное ведение), n=12	Группа 2 (стандартное ведение), n=12
Возраст, годы	55,2	55,3
Мужчины, %	87,5	87,5
Курение, %	85	87,5
Количество перенесенных инфарктов миокарда	3	3
Длительность проявлений сердечной недостаточности, годы	4,2	4,2
Стабильная стенокардия, ФК	4	3
Артериальная гипертензия, %	87,5	87,5
Длительность артериальной гипертензии, годы	12,2	8,9
Сахарный диабет, годы	15	15
Индекс массы тела, кг/м	29,2	28,8

Период наблюдения составил 10 недель. За это время к каждому пациенту 1 группы наблюдения было проведено 5 визитов: визит 1 — иницирующий (неделя 0), визит 2, 3 и 4 — промежуточный (неделя 2, 4 и 6), визит 5 — заключительный (неделя 10). Во второй группе пациентов каждым



больным было проведено 3 визита: визит 1 — иницирующий (неделя 0), визит 2 — промежуточный (неделя 6), визит 3 — заключительный (неделя 10).

За период наблюдения анализировалась динамика следующих параметров: клиническое состояние больных, качество жизни (Миннесотский опросник качества жизни), дистанция в тесте 6-минутной ходьбы, объективные показатели функции сердца по данным АД, Ps, ЧСС, характеристики дыхания, приверженность пациентов к лечению (ответственность и постоянство в приеме основных групп лекарственных средств), развитие неблагоприятных событий — ухудшение ХСН, дестабилизация ишемической болезни сердца (ИБС), смерть.

Основными задачами обучения пациентов являлись формирование партнерства между врачом и пациентом, осознанное отношение пациента к лечению, повышение приверженности терапии. Однако только обучением добиться реализации этих положений сложно, необходимо не только подкрепление информации, но и регулярный контроль, возможность своевременной коррекции проводимой терапии. Именно для реализации такого подхода с больными первой группы осуществлялись дополнительные активные телефонные контакты. Различие между больными двух групп при динамическом наблюдении и вылилось в разную приверженность терапии, в разную частоту приема препаратов.

Больные группы активного наблюдения в течение всего времени наблюдения и контроля принимали лекарственные препараты в соответствии с врачебными назначениями в 100% случаев. В группе обычного ведения приверженность пациентов к терапии была значительно хуже. Одна треть больных к 6 неделе исследования отмечала нерегулярность и неполноту приема назначенных препаратов, а к 10 неделе 20% пациентов вообще прекратили регулярный прием препаратов, прибегая к медикаментозной терапии только при развитии ухудшения состояния.



Таким образом, обучение и динамический контроль за выполнением пациентами рекомендаций врача позволили реально сохранить достаточно высокую приверженность пациентов терапии.

При оценке клинического состояния, дистанции 6-минутной ходьбы исходные данные больных обеих групп были практически идентичны, но в процессе наблюдения и лечения были выявлены существенные различия.

У больных первой группы значительно улучшилась переносимость физической нагрузки. Дистанция 6-минутной ходьбы у больных активного ведения к 6-й и 10-й неделе существенно увеличилась по сравнению с исходной дистанцией.

У пациентов второй группы со стандартным диспансерным ведением отмечена только тенденция к увеличению дистанции 6-минутной ходьбы, но прирост величины дистанции статистически незначим. При этом дистанция 6-минутной ходьбы у больных первой группы на 6-й неделе наблюдения достоверно больше, чем у больных второй группы.

Улучшение качества жизни по данным Миннесотского опросника в группе активного наблюдения к 6-й неделе отмечено на 14,7%, а к 10-й неделе — уже на 28% по сравнению с исходными данными. У больных второй группы также выявлено улучшение качества жизни, но только на 8% и 15% соответственно.

Таким образом, у больных ХСН, находившихся под активным динамическим наблюдением, на фоне проводимой терапии установлено существенно лучшее функциональное состояние и большая переносимость физических нагрузок по сравнению с пациентами, находящимися на стандартном диспансерном учете.

Кроме того, различная тактика ведения больных отражается и на прогнозе и развитии неблагоприятных событий. Даже за такой относительно непродолжительный период отмечены различия в результатах лечения больных. Общее число неблагоприятных событий в группе стандартного



ведения достоверно выше, чем в группе активного наблюдения, как на 6-й неделе, так и к 10-й неделе наблюдения (табл. 2).

Развившиеся неблагоприятные события у больных ХСН обеих групп

Параметры	Группа	Неделя 0-6	Неделя 6-10
Общее число неблагоприятных событий	1	2	4
	2	4	12
Ухудшение ХСН	1	1	2
	2	3	5
Нестабильная стенокардия	1	1	2
	2	1	4
Повторный инфаркт миокарда	1	0	0
	2	0	1
Госпитализация	1	0	0
	2	0	2
Смерть	1	0	0
	2	0	0

Таким образом, необходимо отметить, что сочетание обучения, активного амбулаторного наблюдения и контроля посредством телефонных контактов за больными с хронической сердечной недостаточностью, привело к высокой приверженности пациентов к терапии. Высокая комплаентность пациентов привела к уменьшению выраженности симптомов ХСН, увеличению физической активности, повышению качества жизни, уменьшению числа неблагоприятных событий и повторных госпитализаций.

Выводы:

1. Предложенная программа активного динамического наблюдения пациентов способствует повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, уменьшению числа неблагоприятных событий в течение года и улучшению прогноза.



2. Экономическая эффективность предложенной программы подтверждается снижением числа госпитализаций.

Список литературы

1. Акимов, А. Г. Лечение хронической сердечной недостаточности: современные российские и международные рекомендации: руководство / А. Г. Акимов, А. Г. Обрезан. – Санкт-Петербург: ИнформМед, 2017. – 360 с. (Шифр 616.12-008.46 А39).

2. Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности: рекомендации Европейского Общества Кардиологов. – Москва: [б. и.], 2018. – 68 с. (Шифр 616.12-008.46 Д 44).

3. Дифференциальная диагностика болезней сердца / под ред. А. Л. Сыркина. - Москва: МИА, 2017. - 352 с. (Шифр 616.12-079.4 Д-50)

4. Быкова, О. В. Ведение пациентов с хронической сердечной недостаточностью: акцент на анемический синдром / О. В. Быкова, Н. В. Орлова, М. В. Соловьева // Справ. поликлин. Врача. – 2018. - N 1.-С. 18-21.

5. Душина, А. Г. Новые возможности в лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса / А. Г. Душина, Р. А. Либис // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. – 2017. – № 4. – С. 52-58.

6. Жиров, И. В. Диуретики в лечении хронической сердечной недостаточности: новые возможности / И. В. Жиров // Справ. поликлин. врача. – 2017. – № 3. – С. 14-16.

7. Мареев, В. Ю. Методы профилактики внезапной сердечной смерти при хронической сердечной недостаточности / В. Ю. Мареев, Ю. В. Мареев // Кардиология. – 2018. – № 9. – С. 72-83.

ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ:

1.http://do.rsmu.ru/fileadmin/user_upload/pf/KHronicheskaja_serdechnaja_nedostatochnost3.

2. <https://library.mededtech.ru/rest/documents/Fomin%20IV-112/>

3. <https://gkb81.ru/sovety/serdechnaya-nedostatochnost/>



[4.https://rkd.med.cap.ru/dispenserizaciya/principi-dispansernogo-nablyudeniya-boljnih-s-serdech](https://rkd.med.cap.ru/dispenserizaciya/principi-dispansernogo-nablyudeniya-boljnih-s-serdech)

5.<http://www.chelsma.ru/files/misc/dispensernoenabljudeniebolnykhszabolevanijamiserdechno-sosudistojssystemy.pdf>

А. Антипина

Руководитель преподаватель: Е. А. Силенко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Острые респираторные вирусные инфекции – самые частые инфекции человека: дети в возрасте до 5 лет переносят в среднем до 6-8 эпизодов в год, в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1-2 году посещения – на 10-15 % выше, чем у неорганизованных детей, однако в школе последние болеют чаще. Заболеваемость дошкольников и школьников может достигать 30-40 % в зависимости от интенсивности эпидемии и иногда превышать заболеваемость взрослых в 3-4 раза.

Острая респираторная вирусная инфекция – острая, наиболее часто встречающаяся и в большинстве случаев самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

В России грипп и другие респираторные вирусные инфекции занимают первое место в структуре инфекционной патологии. Пик заболеваемости приходится на первые три года жизни, что связано с увеличением числа контактов и своеобразным «знакомством» организма с возбудителями болезней.



Цель исследовательской работы: определить эффективность сестринской помощи при острых респираторных вирусных инфекциях у детей.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать научную литературу, периодические издания, интернет ресурсы по теме исследования.

2. Рассмотреть этиологию, классификацию, клинические признаки, принципы лечения, диагностики и профилактики острых респираторных вирусных инфекций у детей.

3. Выявить основные нарушенные потребности и проблемы при острых респираторных вирусных инфекциях у детей.

4. Изучить особенности сестринского ухода за детьми при острых респираторных вирусных инфекциях.

5. Провести практическое исследование для определения эффективности сестринской помощи при острых респираторных вирусных инфекциях у детей на базе педиатрического отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1».

Этиология. Острые респираторные вирусные инфекции у детей могут вызываться РНК-геномными вирусами гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальным-вирусом, риновирусами и реовирусами; а также ДНК-геномными аденовирусами. Часть острых респираторных вирусных инфекций у детей может быть обусловлена энтеровирусами (ЕСНО, типа Коксаки), коронавирусами, метапневмовирусом, бокавирусом.

Коронавирусы как возбудители сезонных вирусных инфекций у детей хорошо известны педиатрам. Но это касается альфа-коронавирусов группы 1 или бета-коронавирусов группы 2 линии А.

Данная пандемия – это «третий приход» коронавируса (бета-коронавируса группы 2 линий В и С) в виде вспышки новой тяжелой инфекции. Первый был в 2003 году – вспышка атипичной пневмонии,



получившей название SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome – Тяжелый острый респираторный синдром), коронавирус ее вызвавший, был назван SARS-CoV (бета-коронавирус группы 2 линии B). В 2012 году была вспышка MERS (Middle East Respiratory Syndrome – Ближневосточный респираторный синдром), вызванного коронавирусом, названным MERS-CoV (бета-коронавирус группы 2 линии C).

Название нового РНК-коронавируса (бета-коронавируса группы 2 линии B) – SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2). Название новой инфекционной болезни – COVID-19 – COronaVirus Disease – Коронавирусная болезнь, возникшая в 2019 году). В первые два «прихода» нового бета-коронавируса группы 2 название болезни давало название и самому вирусу (SARS – SARS-CoV, MERS - MERS-CoV), но не в этот раз. Сегодня болезнь имеет одно название (COVID-19), а вирус – другое (SARS-CoV-2).

Все возбудители острых респираторных вирусных инфекций у детей обладают высокой контагиозностью, передаются от больного человека, как правило, воздушно-капельным путем (с капельками слюны и слизи), а также контактно-бытовым путем. Склонность детей к частым острым респираторным вирусным инфекциям определяется незрелостью защитных реакций – утратой пассивного материнского и недостаточным уровнем приобретенного иммунитета, отсутствием предшествующего иммунологического опыта, наличием высокого уровня контактов с многообразными инфекционными агентами.

Тяжесть клинической картины острой респираторной вирусной инфекции у детей определяется степенью выраженности общетоксического синдрома и катаральных явлений. Степень тяжести течения и возможность развития осложнений зависят от многих факторов как со стороны возбудителя (антигенные свойства, лекарственная устойчивость), так и со стороны макроорганизма (особенности иммунного ответа, степень зрелости иммунитета, наличие фоновых заболеваний).



Инкубационный период большинства острых респираторных вирусных инфекций от 2 до 7 дней.

Согласно Национальным клиническим рекомендациям «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей», диагностику острых респираторных инфекций у детей следует начать со сбора анамнеза.

Пациент или родители (законные представители) могут пожаловаться на остро возникший ринит и/или кашель и/или гиперемию конъюнктивы (катаральный конъюнктивит) в сочетании с явлениями ринита, фарингита.

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр ($37,5^{\circ}\text{C}$ - $38,0^{\circ}\text{C}$). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям.

Общий осмотр подразумевает оценку общего состояния, физического развития ребенка, подсчет частоты дыхания, сердечных сокращений, осмотр верхних дыхательных путей и зева, осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота.

Обследование больного с острыми респираторными вирусными инфекциями имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами.

Этиологическую диагностику проводят при подозрении на грипп: методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – определение рибонуклеиновой кислоты (РНК) вируса гриппа А и В в мазках со слизистой оболочки носоглотки, в бронхоальвеолярной лаважной жидкости, в мокроте; а также при помощи иммунохроматографического экспресс-теста (иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, эндотрахеального аспирата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирус гриппа А/ вирус гриппа В), поскольку при этой инфекции может быть начато этиотропное противовирусное лечение.

Для верификации этиологии инфекции COVID-19 применяется метод полимеразной цепной реакции, который позволяет выявить РНК SARS-CoV-



2. Образцы должны быть собраны как можно скорее после выявления лица, подлежащего диагностике. Для первичной диагностики выполняются назофарингеальный мазок и орофарингеальный мазок.

Современные мультиплексные панели позволяют выявлять до нескольких десятков вирусов и бактерий в биологических секретах при исследованиях в течение нескольких часов. Однако, эти методы могут быть использованы в основном в крупных стационарах при наличии специального оборудования и персонала соответствующей квалификации.

Серологическая диагностика обеспечивает точное определение этиологии вируса путем выявления в крови увеличения количества специфических антител в динамике заболевания; она особенно незаменима при атипичном или бессимптомном течении вирусной инфекции.

Клинический анализ крови рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой.

Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови проводят для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции.

Рентгенография органов грудной клетки проводится по показаниям.

Пульсоксиметрия (измерение SpO_2) показана всем детям для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии.

Основной целью лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей является облегчение симптомов и усиление иммунитета для борьбы с инфекцией.

Ребенок при острых респираторных вирусных инфекциях обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях врачом педиатром.

Стационарное лечение (госпитализация) может потребоваться при развитии осложнений и длительной фебрильной лихорадке.

Режим общий или полупостельный с быстрым переходом на общий после снижения температуры. Рекомендуются частое проветривание,



ежедневная влажная уборка помещений и увлажнение воздуха, если он сухой, что бывает очень часто в квартирах с центральным отоплением в зимнее время.

Диета у детей должна быть легкоусвояемой, калорийной. Рекомендуются ограничение жиров и мясных продуктов, в диете должны преобладать кисломолочные продукты. С целью дезинтоксикации и при лихорадке назначается питьё (кипяченая вода, клюквенный или брусничный морсы, щелочные минеральные негазированные воды, компоты, а также готовые растворы для оральной регидратации).

Медикаментозное лечение. Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А и В в первые 24-48 часов болезни. Эффективны ингибиторы нейраминидазы: осельтамивир с возраста 1 года или занамивир детям с 5 лет.

Для достижения оптимального эффекта лечение должно быть начато при появлении первых симптомов заболевания. На другие вирусы, не содержащие нейраминидазы, данные препараты не действуют.

Для неспецифического этиотропного лечения используют препараты арбидол, амиксин, кагоцел в качестве профилактического и лечебного средства при гриппе и других острых респираторных вирусных инфекциях.

Не рекомендуется использование антибиотиков для лечения неосложненных острых респираторных вирусных инфекций и гриппа.

Симптоматическая терапия. Рекомендуется проводить элиминационную терапию, так как данная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия.

Сосудосуживающие капли в нос (деконгестанты) назначают коротким курсом не более 5 дней.

Для снижения температуры тела лихорадящего ребенка рекомендуется раскрыть, обтереть водой, температура которой 25-30° С.



С целью снижения температуры тела у детей рекомендуется применение только двух препаратов – парацетамол до 60 мг/кг/сутки или ибупрофен до 30 мг/кг/сутки.

Для купирования кашля рекомендуется теплое питье или, после 6 лет, использование леденцов или пастилок, содержащих антисептики для устранения кашля при фарингите, который связан с «першением в горле» из-за воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыханием при дыхании ртом.

Сестринская помощь больному ребенку является важным элементом в комплексе терапевтических мероприятий при острых респираторных вирусных инфекциях. С момента постановки диагноза должно быть уделено должное внимание не только назначению медикаментозного лечения, но и организации сестринской помощи.

Для определения особенностей оказания сестринской помощи детям при острых респираторных вирусных инфекциях был проанализирован клинический случай, зафиксированный за время проведения исследования.

Пациент Е., возраст 1 год 4 месяца, поступил в педиатрическое отделение 05.03.2022 года в 8.00 с жалобами на повышение температуры тела до 39⁰ С, частый сухой кашель, вялость, слабость, отказ от еды, отделяемое из носа, нарушение носового дыхания, нарушение сна.

Анамнез настоящего заболевания:

Со слов матери заболел накануне вечером, когда повысилась температура тела до 39⁰ С, появилось отделяемое из носа, ребенок отказался от еды. Была вызвана бригада скорой помощи. После парентерального введения жаропонижающих средств температура тела снизилась до 37,5⁰ С. Было рекомендовано обратиться к участковому педиатру. Ночью температура опять повысилась, ребенок был беспокоен, плохо спал. Утром повторно вызвали скорую помощь, ребенок был госпитализирован.

Анамнез жизни:



Родился от первой беременности. Во второй половине беременности у матери был гестоз. Профессиональных вредностей не было. Условия и режим труда, режим дня беременной удовлетворительные. Роды первые срочные, естественным путем, головное предлежание. Закричал сразу. Масса 3500 грамм, рост 51 см, к груди приложен через 2 часа, сосал активно. Выписан из родильного отделения на 5 сутки. Вскармливание грудное до 12 месяцев. Блюда прикорма введены вовремя. Физическое и психомоторное развитие на первом году соответствует возрасту.

Перенесенные заболевания – острые респираторные вирусные инфекции в возрасте 8 и 12 месяцев, конъюгационная желтуха новорожденного. Выезд за пределы Ставропольского края за последние 14 дней отрицает. Контакт с инфекционными больными – отец ребенка болен острой респираторной вирусной инфекцией. Контакт с больными новой коронавирусной инфекцией отрицает. Укус клеща отрицает. В контакте с больными корью в течение 21 дня не был. За пределы Российской Федерации и Ставропольского края не выезжал.

Профилактические прививки по возрасту, против гриппа не привит.

Аллергологический анамнез: у ребенка отмечается аллергическая реакция на пищевые продукты (яблоки, шоколад, тыкву), проводилась аллергодиагностика. У мамы бронхиальная астма, аллергический ринит.

Наследственных заболеваний, злокачественных новообразований в семье нет. Вредные привычки (алкоголизм, курение, наркоманию) родители отрицают.

Жилищно-бытовые условия: проживает в 2 комнатной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Домашних животных нет. Комнатных растений нет.

Экспертный анамнез: ребенок не посещает дошкольное учреждение, справка не нужна.

Объективное обследование:

Состояние при поступлении средней тяжести.



Положение активное, сознание ясное, телосложение правильное, удовлетворительного питания.

Кожа бледная, подкожно-жировой слой развит равномерно, тургор тканей нормальный, отеки отсутствуют; лимфатические узлы не увеличены, мышечная система развита умеренно, равномерно; величина и форма черепа обычная, форма грудной клетки обычная, конечности без патологии, суставы без деформации.

Температура тела 39,1⁰ С.

Органы дыхания – дыхание через нос затрудненное. Отделяемое из носа слизистого характера. Голос умеренно осиплый. Кашель частый, навязчивый. Грудная клетка цилиндрической формы. Тип дыхания грудной. Дыхательные движения симметричны, ритмичны. Вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Одышка не выражена. Частота дыхательных движений 30 в минуту.

При пальпации болезненные участки не обнаружены. Грудная клетка резистентна, голосовое дрожание симметрично с обеих сторон грудной клетки. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

При аускультации дыхание везикулярное. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония не изменена с обеих сторон. Шума трения плевры нет.

Система органов кровообращения. Область сердца не изменена. Патологической пульсации сосудов не выявлено. Верхушечный толчок в пределах возрастной нормы. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, пульс 140 в минуту.

Органы пищеварения. Губы розового цвета, влажные. Высыпаний, трещин, изъязвлений нет. При осмотре язык влажный с сероватым налетом, сосочки сглажены, трещин, язв нет. Миндалины за небные дужки не выступают. Зев гиперемирован. Глотание без затруднений. Аппетит снижен, стул 1 раз в день, кашицеобразный. Запах изо рта не ощущается. Живот



округлой формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются. Пупок округлой формы.

Живот мягкий, не вздут. Пальпация живота безболезненная, болевые точки отсутствуют. Урчания и спазма кишечника нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Мочевыделительная система. Область лобка, поясничная область при осмотре не изменена. Гиперемии кожи, припухлости в поясничной области и области лобка нет. При пальпации болезненности над лобком, в поясничной области, в болевых точках почек, в мочеточниковых точках нет. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание регулярное, безболезненно, не затруднено. Моча светлая.

Врачебный диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция. Острый ринофарингит, средней степени тяжести.

При поступлении были определены нарушенные потребности и проблемы пациента.

- Дышать – кашель сухой, насморк, затруднение носового дыхания.
- Адекватно питаться – снижение аппетита.
- Двигаться – вялость.
- Спать – нарушение сна.
- Личная гигиена, внешний вид – бледность кожных покровов.
- Поддерживать нормальную температуру тела – лихорадка 39,1⁰ С.
- Поддержание безопасности собственной и окружающих – дефицит знаний ребенка и родителей о заболевании, осложнениях, способах лечения и профилактики; дефицит общения со сверстниками, риск развития дыхательной недостаточности, риск летального исхода при развитии осложнений.
- Общаться – слабость, капризность.

Настоящие проблемы:



- кашель сухой, насморк, затруднение носового дыхания;
- снижение аппетита;
- вялость;
- нарушение сна;
- бледность кожных покровов;
- лихорадка;
- дефицит знаний ребенка и родителей о заболевании, осложнениях, способах лечения и профилактики;
- слабость, капризность.

Потенциальные проблемы: риск развития осложнений, риск распространения инфекции.

На момент осмотра определена приоритетная проблема – лихорадка.

После определения приоритетной проблемы были сформулированы цели сестринской помощи и план неотложной доврачебной помощи.

Краткосрочная цель – температура снизится в течение 30-60 минут.

План неотложной доврачебной помощи при лихорадке.

1. Уложить ребенка в постель.
2. Расстегнуть стесняющую одежду.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Определить тип гипертермии.
5. Провести мероприятия в зависимости от показателей температуры:
 - по назначению врача при температуре $38,5^{\circ}\text{C}$ и выше внутримышечно ввести: анальгин, супрастин (тавегил), папаверин (дротаверин) по 0,1 мл/год.
6. В течение 20-30 минут от начала проведения мероприятий постараться вызвать мочеиспускание у ребенка.
7. Через 30-60 минут повторить термометрию.
8. Провести коррекцию проводимых мероприятий с учетом показателей повторной термометрии.



Оценка достигнутых целей.

05.03.2022 года 10.00 – температура тела снизилась до 37,5⁰ С. Краткосрочная цель достигнута. Продолжить реализацию плана сестринской помощи при лихорадке, план дополнить мероприятиями ухода при лихорадке, оценку достижения долгосрочной цели провести при выписке пациента.

После оказания неотложной доврачебной помощи при лихорадке было проведено повторное сестринское обследование, определены приоритетные проблемы пациента – сухой кашель, затрудненное носовое дыхание, лихорадка. Сформулированы цели сестринского ухода, составлены планы сестринских вмешательств по приоритетным проблемам.

Приоритетная проблема – сухой кашель.

Цели:

1) Краткосрочная – пациент/родитель отметит уменьшение болезненности и интенсивности кашля к 3-5 дню.

2) Долгосрочная – пациент/родитель отметит уменьшение или отсутствие кашля к моменту выписки.

Независимые вмешательства.

1. Информировать больного и его родственников о заболевании и возможных осложнениях, необходимости выполнения всех врачебных назначений.

2. Организовать масочный режим.

3. Организовать в острый период постельный или полупостельный режим.

4. Обеспечить обильное щелочное питье.

5. Выполнять простейшие физиотерапевтические процедуры.

6. Обучить пациента/родителей гигиене кашля.

7. Проводить туалет кожи, слизистых оболочек носоглотки, глаз.

8. Организовать проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день).



9. Отмечать в листе назначений число дыхательных движений, пульс, характер отделяемого из верхних дыхательных путей.

Зависимые вмешательства.

По назначению врача:

- проводить туалет носа физиологическим раствором;
- организовать обработку зева антисептическими растворами.

Оценка достигнутых целей.

09.03.2022 года – пациент/родитель отметил уменьшение болезненности и интенсивности кашля. Краткосрочная цель достигнута. План сестринского ухода в изменении не нуждается.

15.03.2022 года – пациент/родитель отметил уменьшение или отсутствие кашля к моменту выписки. Долгосрочная цель достигнута.

Приоритетная проблема – затрудненное носовое дыхание.

Цели:

- 1) Краткосрочная – пациент/родитель отметит облегчение носового дыхания через 30-60 минут.
- 2) Долгосрочная – пациент/родитель отметит свободное носовое дыхание к моменту выписки.

Независимые вмешательства.

1. Обеспечить доступ свежего воздуха.
2. Создать ребенку возвышенное положение в постели.
3. Очистить носовые ходы:
 - при наличии слизи – с помощью резинового баллончика, специального ручного отсоса или электроотсоса;
 - при наличии корочек – удалить их жгутиками, смоченными в вазелиновом или детском масле.
4. Кожу в области преддверия носа смазывать детским кремом.
5. Обучить мать правилам использования устройства для промывания носа и закапывания капель в нос.



6. Увлажнить воздух в помещении, где находится больной (использовать специальный увлажнитель).

7. Организовать проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день).

8. Отмечать в листе назначений число дыхательных движений, характер дыхания, пульс, характер отделяемого из верхних дыхательных путей.

Зависимые вмешательства.

По назначению врача:

- проводить элиминационную терапию – промывать носовые ходы физиологическим раствором 2-3 раза в день;
- закапывать сосудосуживающие капли – фенилэфрин 0,125 %, или оксиметазолин 0,01-0,025 %, или ксилометазолин 0,05 % по 1 капле 2-3 раза в день не более 5 дней;
- проводить ингаляционную терапию.

Оценка достигнутых целей.

05.03.2022 года 10.00 – пациент/родитель отметил облегчение носового дыхания. Краткосрочная цель достигнута. План сестринского ухода в изменении не нуждается.

15.03.2022 года – пациент/родитель отметил свободное носовое дыхание к моменту выписки. Долгосрочная цель достигнута.

Приоритетная проблема – лихорадка.

Долгосрочная цель – температура нормализуется и не будет повышаться к моменту выписки.

План сестринских вмешательств при лихорадке (дополненный).

1. Обеспечить постельный режим и психический покой.
2. Организовать регулярную влажную уборку и проветривание палаты.
3. Обеспечить обильное питье.
4. Обеспечить приём витаминизированной пищи небольшими порциями по аппетиту.



5. Обеспечить уход за кожей и слизистыми.
6. Обеспечить смену нательного и постельного белья по мере необходимости.
7. Измерять температуру тела 2 раза в день.
8. Контролировать состояние пациента (температура, пульс, симптомы интоксикации, характер стула).

Зависимые вмешательства.

1) По назначению врача:

- применить физические методы охлаждения,
- ввести жаропонижающие средства: парацетамол – 15 мг/кг не более 4 раз в сутки с интервалом не менее 4 часа;
- или ибупрофен (нурофен для детей) 5–10 мг/кг 3–4 раза в сутки;
- или парентеральное введение жаропонижающих средств.

Оценка достигнутых целей.

15.03.2022 года – температура нормализована и не повышается к моменту выписки. Долгосрочная цель достигнута.

С родителями пациента перед выпиской была проведена беседа, рекомендовано соблюдение общих мер профилактики острых респираторных вирусных инфекций – регулярное проветривание помещений, прогулки на свежем воздухе, полноценное питание, адекватный питьевой режим, физическая активность, полноценный отдых, здоровый сон, поддержание чистоты в помещении, ежедневная влажная уборка с минимальным использованием средств бытовой химии, масочный режим в период эпидемий гриппа и острых респираторных вирусных инфекций, избегание мест массового скопления людей, тщательное мытье рук после посещения общественных мест, туалет носа, ежегодная вакцинация против гриппа.

На основании проведенной исследовательской работы можно сделать следующие выводы:

Острые респираторные вирусные инфекции у детей – острое воспалительное поражение слизистых оболочек дыхательных путей,



вызываемое различными типами респираторных вирусов. Основной путь передачи инфекции – воздушно-капельный.

Склонность детей к частым острым респираторным вирусным инфекциям определяется незрелостью защитных реакций – утратой пассивного материнского и недостаточным уровнем приобретенного иммунитета, отсутствием предшествующего иммунологического опыта, наличием высокого уровня контактов с многообразными инфекционными агентами.

Тяжесть клинической картины определяется степенью выраженности общетоксического синдрома и катаральных явлений. Острые респираторные вирусные инфекции у детей сопровождаются общим недомоганием, лихорадкой, болью в горле, насморком, кашлем, головной, мышечной и суставной болью, конъюнктивитом, расстройствами стула.

Диагноз ставится на основании жалоб больного/родителей, анамнеза заболевания с учетом эпидемиологических данных. При объективном обследовании определяют признаки воспалительных явлений в области слизистой конъюнктивы, носа, глотки и других отделов респираторного тракта, а также степень выраженности интоксикации. Для подтверждения диагноза больному могут быть назначены дополнительные методы обследования (лабораторные и инструментальные).

Лечение острых респираторных вирусных инфекций проводится комплексно и включает в себя: диетотерапию, соблюдение режима, медикаментозную терапию. Выбор медикаментозного лечения зависит от формы заболевания. Правильно построенным, патогенетически обоснованным лечением больных можно предотвратить развитие осложнений заболевания.

Основой организации сестринской помощи при острых респираторных вирусных инфекциях у детей является сестринский процесс, включающий сестринское обследование, выявлением нарушенных потребностей, проблем



пациента, планирование сестринских вмешательств, реализацию сестринского ухода и оценку его эффективности.

Определение особенностей оказания сестринской помощи детям при острых респираторных вирусных инфекциях проведено методом наблюдения, был рассмотрен клинический случай. Для оказания сестринской помощи определены нарушенные потребности и проблемы пациента, сформулированы цели. Сестринская помощь оказывалась в соответствии с составленными планами. Проведенная оценка достигнутых целей позволяет сделать вывод об эффективности проведенных сестринских вмешательств.

Список литературы

1. Александрович Ю. С. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей: методические рекомендации / Ю. С. Александрович [и др.]. – Москва: АНПИ, 2020. – 74 с.
2. Баранов А. А. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей: клинические рекомендации / А. А. Баранов [и др.]. – Москва, 2018. – 33 с.
3. Вебер В. Р. Основы сестринского дела: учебное пособие / В. Р. Вебер, Г. И. Чуваков, В. А. Лапотников. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 209 с.
4. Папаян Е. Г. Оказание неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе: учебное пособие / Е. Г. Папаян, О. Л. Ежова. – Санкт-Петербург: Лань, 2020. – 116 с.
5. Соколова Н. Г. Педиатрия с детскими инфекциями: учебник / Н. Г. Соколова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. – 490 с.
6. Тихонов В. В. Педиатрия: учебник для среднего медицинского образования / В. В. Тихонов, Е. И. Хубулава. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2019. – 581 с.
7. Тульчинская В. Д. Сестринский уход в педиатрии: учебное пособие / В. Д. Тульчинская. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. – 428 с.



8. Шакмаева М. А. Особенности новой коронавирусной инфекции у детей разного возраста / М. А. Шакмаева [и др.] // Детские инфекции. – 2021. – № 2. – С. 5-9.

Интернет-ресурсы:

1. <http://www.pediatr-russia.ru>
2. <http://sestrinskoe-delo.ru/sestrinskoe-delo-v-pediatrici>
3. <http://www.lvrach.ru/>
4. <http://www.pediatrnews.ru/>

Ю.Шуликова

Руководитель преподаватель: Черкесова А.А.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ

Студенты – это будущее нашей страны. Они учатся, практикуются, готовятся к дальнейшей помощи своему государству и людям. И ни для кого не секрет, что обучение в колледжах, институтах, университетах – не легкий этап в жизни.

Студенты постоянно занимаются учёбой и забывают о своём здоровье, потому что времени на всё не хватает. Из-за частых стрессов, вызванных переживаниями о сессии, оценках, бесконечных занятиях и большого количества учебного материала, который нужно выучить. Это сказывается крайне негативно на организм. Все эти факторы способствуют развитию заболеваний разного рода.

Именно поэтому изучение вопросов нервной, пищеварительной и других системам – это очень актуальная тема, особенно в нынешнее время. На сегодняшний день заболевания пищеварения – распространенная проблема.

Если за рационом питания школьников следят родители, то за студентами никакого надзора нет, в основном они находятся далеко от своих родных людей. Именно поэтому они чаще всего отказываются от питания из-за отсутствия времени или возможностей, либо же употребляют в пищу всё,



что вредно для нашего организма. Сегодня мы разберём причины, заболевания и осложнения, связанные с желудочно-кишечным трактом. А также симптоматику, профилактику и диагностику развития заболеваний.

О заболеваниях пищеварительного тракта

Заболевания органов пищеварения настолько распространены, что с их проявлениями хоть раз в жизни встречается каждый человек. Среди болезней пищеварительного тракта безусловными лидерами являются воспалительные процессы различных его отделов, имеющие острый или хронический характер течения: воспаление пищевода (эзофагит), желудка (гастрит), двенадцатиперстной кишки (дуоденит), печени (гепатит), поджелудочной железы (панкреатит), желчного пузыря и протоков (холецистит и холангит), тонкой и толстой кишок (энтерит и колит), прямой кишки (проктит). Они, в свою очередь, вызывают изменения слизистой оболочки органов, их моторной функции и ведут к возникновению язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни, язвенного колита. Серьезная проблема современного общества – дисбактериоз кишечника, который встречается у подавляющего большинства людей, включая новорожденных детей.

Симптоматика болезней пищеварительной системы очень многообразна и зависит от пораженного органа.

Основные симптомы заболеваний органов пищеварительной системы:

- Болевые ощущения в животе, как различной локализации, так и различной интенсивности;
- Отрыжка и изжога;
- Тошнота и рвота;
- Расстройства стула;
- Метеоризм и урчание в животе;
- Белый налет на языке;
- Стремительное снижение веса;



- Отвращение к определенным продуктам, которые ранее были любимыми, либо полное отсутствие аппетита.

Причины болезни

Заболевания желудочно-кишечного тракта обычно связаны с проблемами в работе других систем человеческого организма. Сопровождаются неприятными, болезненными симптомами и нуждаются в срочном лечении.

Стоит отметить, что пищеварительная система человека довольно чувствительна. Она тут же реагирует на любые, даже не значительные изменения, как внутренней среды всего организма, так и всего внешнего мира, приводя к различным болезням желудочно-кишечного тракта. Они доставляют массу неудобств больному: дискомфорт и болевые ощущения.

К основным причинам развития болезней желудочно-кишечного тракта относят: неправильный режим питания либо полное его отсутствия, строгая диета либо переедание, различные стрессовые ситуации, инфекции, сидячий образ жизни и прочие.

В свою очередь, плохо переваренная пища не способна полноценно питать организм и тем самым нарушается работа других важных систем организма. Неправильная работа ЖКТ также проявляются в виде снижения иммунитета, поражения кожи и нарушения обменных процессов.

Осложнения при заболеваниях органов пищеварения.

1. Перфорация внутренних полых органов.
2. Острые воспалительные заболевания
3. Странгуляционная или обтурационная непроходимость кишечника,
4. Внутреннее кровотечение в свободную брюшную полость
5. Желудочно-кишечное кровотечение
6. Стеноз привратника.

Практическая часть.

Цели:

1. Объяснить основные понятия о ЖКТ



2. Узнать о заболеваниях ЖКТ, симптоматике, диагностике, профилактике
3. Показать на личных исследованиях актуальность темы

Задачи:

Благодаря исследовательской работе объяснить важность поддержания состояния организма в целом, и в частности пищеварительной системы. Показать, какая часть обучающихся подвержены развитию заболеваний ЖКТ.

Для сбора данных использовался вербально – коммуникативный метод (метод опроса).

Работа проводилась среди студентов 1 и 2 курсов, в возрасте 16-20 лет. Общее количество опрошенных - 100 человек.

Диаграмма 1: Количество респондентов по гендерному признаку

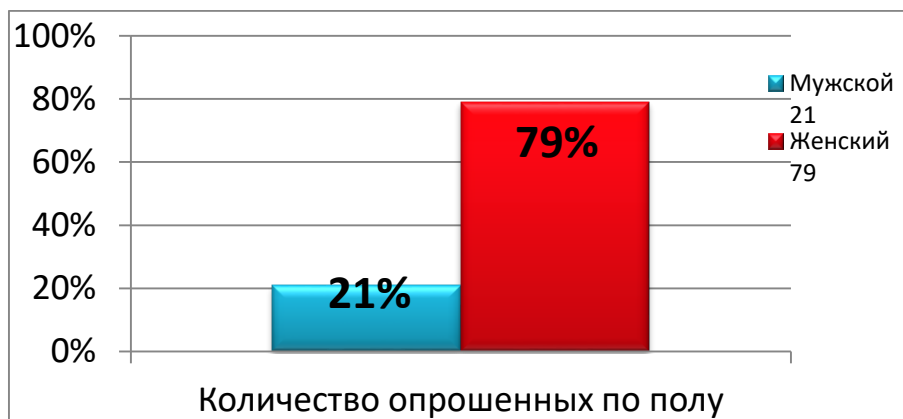


Диаграмма 2: по возрасту.

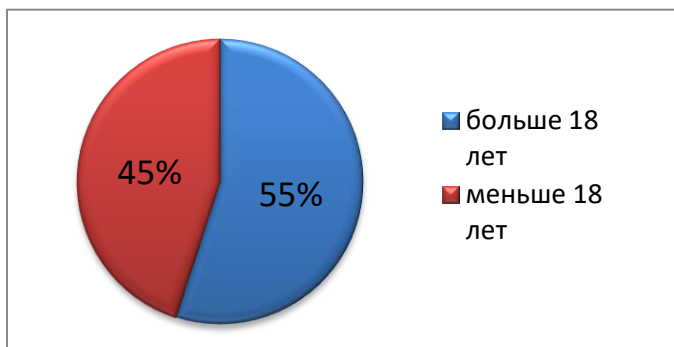


Диаграмма 3.

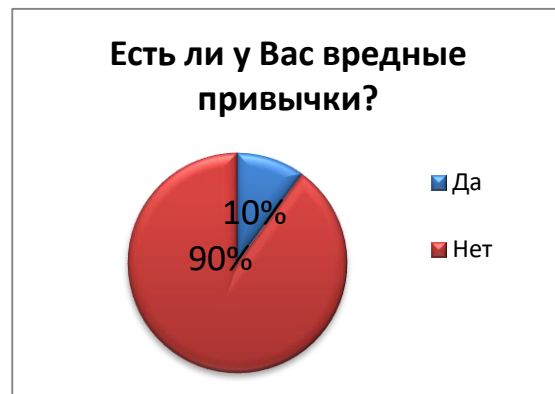


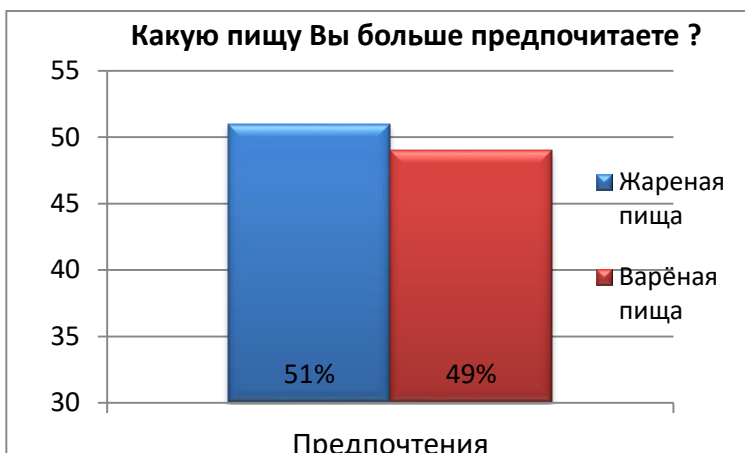
Диаграмма 4.



Диаграмма 5.



Диаграмма 6



Из диаграммы 4 следует, что большая часть опрошенных (69%) имеет риск развития заболеваний из-за стрессовых ситуаций. А из диаграммы 6 видно, что у 51% есть риск развития гастрита, язвенной и других болезней желудочно-кишечного тракта. Следует предположить, что в среднем (60%) респондентов имеют высокий риск заболеваний.

Диаграмма 7



Диаграмма 8

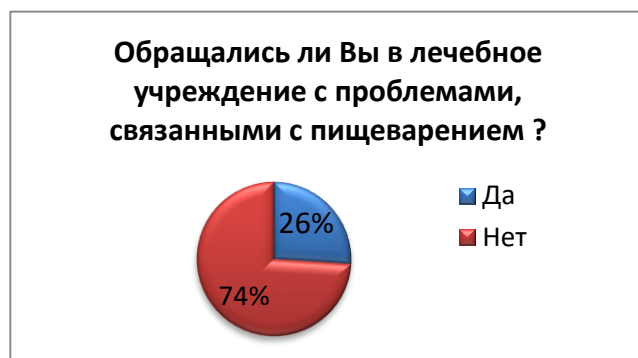
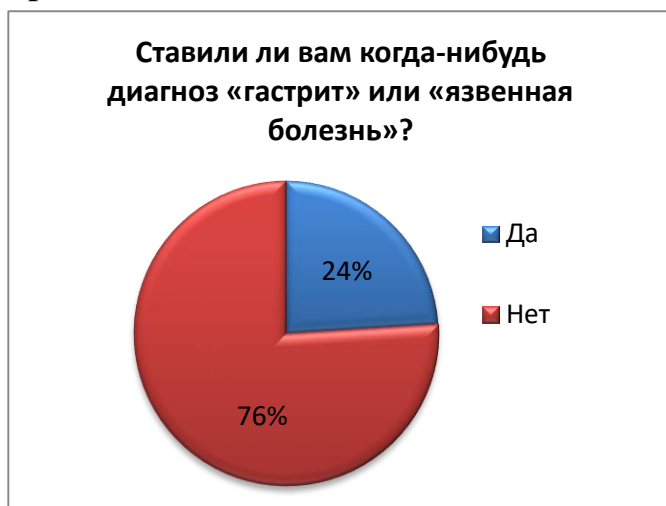


Диаграмма 9.



Из диаграмм 8 и 9 делаем вывод: практически все обращения в лечебное учреждение подтвердились диагнозом.

Диаграмма 10.

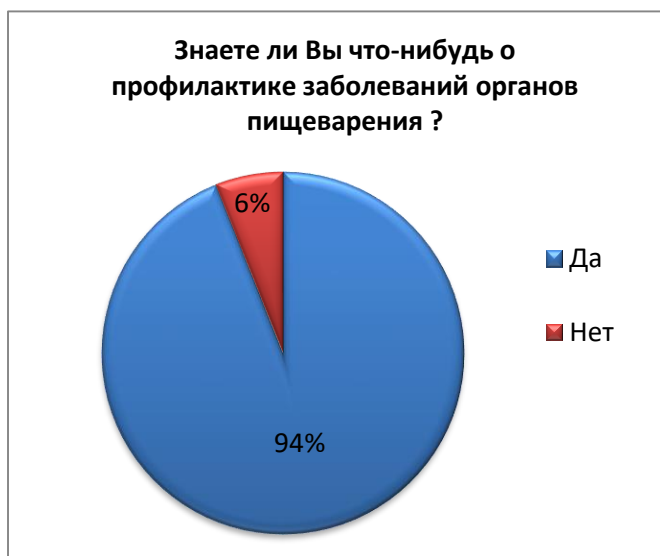


Диаграмма 11.



Выводы:

- У 34% опрошенных риск развития заболеваний желудочно-кишечного тракта крайне высок. Испытуемым необходимо пройти полное медицинское обследование для выявления возможных патологий.



- ▶ У 66% риск развития заболевания низок, но рекомендуется проходить обследование раз в год для исключения патологий желудочно-кишечного тракта.
- ▶ Рекомендуем: соблюдать профилактику заболеваний органов пищеварения, увеличить число приема пищи, снизить количество жареного, увеличить прием овощей, фруктов, каш, хлеба с отрубями, отказаться от вредных привычек, заниматься спортом.

Список литературы

1. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П., Крутикова Н.Ю. - Детская гастроэнтерология. - 2019г.
2. Аруин Л.И., Григорьев П.Я. - Хронический гастрит – 2020г.
3. Ахмедов В.А. - Практическая гастроэнтерология – 2018г.
4. Барановский А.Ю. - Гастроэнтерология - 2021г.
5. Вахтангашвили Р.Ш., Кржечковская В.В. - Гастроэнтерология: Заболевания желудка. – 2019г

Интернет источники

- 1.https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia#title_detail
- 2.<https://diamed.ru/articles/gastroenterologiya/zabolevaniya-zheludochno-kishechnogo-trakta/#:~:text=Причины%20возникновения%20заболеваний%20ЖКТ.%20К,сидячий%20образ%20жизни%20и%20прочие>
- 3.<https://studfile.net/preview/6695403/page:21/>
- 4.<https://www.kp.ru/putevoditel/zdorove/zabolevaniya-pishhevaritelnoj-sistemy/>



А. Алешинская, В. Гужова
Руководитель преподаватель: И. Л. Золотарева

**ИППОТЕРАПИЯ –
ЭФФЕКТИВНЫЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД
ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Актуальность данной темы не вызывает сомнений, так как подкреплена реальными статистическими данными. В Российской Федерации на 2020 год зарегистрировано 770 тысяч детей-инвалидов. Из них у 33% диагностированы нарушения психических функций, в 24% случаев эти отклонения связаны с ДЦП. Из этого следует, что большому количеству детей-инвалидов требуется психофизиологическое лечение и реабилитация, в том числе с помощью методов альтернативной медицины. И здесь на первое место выходит применение лечебной верховой езды и общение больного ребенка с лошадью – *иппотерапия*.

Первые упоминания об оздоравливающем воздействии верховой езды содержатся в трудах Гиппократов. Он рассматривал ее как часть гимнастики, содействующую нормализации функций организма и уменьшению последствий от заболеваний, усиливающую защитные реакции и повышающую жизненный тонус.

О благоприятном воздействии верховой езды свидетельствуют записи в трудах античных медиков, врачей в средние века и в более поздние времена. Однако настоящий интерес к этому феномену стал проявляться лишь в середине XX века. Вскоре иппотерапия получила всеобщее признание как высокоэффективный метод лечения и реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Большим преимуществом иппотерапии является чрезвычайно широкий диапазон показаний к применению. Ее используют как самостоятельный вид



лечения и в комплексе с другими методиками при таких заболеваниях, как: ДЦП, синдром Дауна, нарушение работы опорно-двигательного аппарата, неврозы и депрессивные состояния, аутизм (на ранних стадиях), при задержке развития у детей и подростков, последствиях тяжелых инфекционных заболеваний, сколиозе, отдельных сенсорных расстройствах, психических недугах.

Конная терапия предполагает эффективное лечение по двум направлениям: психология человека и его физиология. Чтобы понять целесообразность такой методики зоотерапии, следует более детально раскрыть сферу влияния в обоих случаях.

Физиологичность метода заключена в ритмичных движениях, выполняемых лошадью, которые передают всаднику разнонаправленные двигательные импульсы. Активируется правильная физическая нагрузка на все группы мышц, задействованных в процессе удержания в седле. В работу включаются мышцы спины, рук и ног, благодаря чему улучшается физическое развитие в целом, низкочастотные колебания, исходящие от лошади при движении, расслабляют мышцы, позволяя снимать блоки, которые невозможно устранить другими процедурами.

Тренировка вестибулярного аппарата помогает стимулировать структуры головного мозга. Занятия верховой ездой способствуют созданию у детей новых условных рефлексов, редукции тонических рефлексов, развитию равновесия, совершенствуют координацию движений. Кроме того, температура тела лошади выше, чем у человека (около 38°C), и благодаря этому верховая езда подобна массажу с разогревающим эффектом. Специалисты утверждают, что катание на лошади в течение 30 минут заменяет 4-5 сеансов массажа.

Благотворно сказывается лечебное катание и на психоэмоциональном состоянии наездников. Катаясь верхом, ребёнок получает мощный эмоциональный толчок: яркий выброс эмоций, сменяющийся по окончании



сеанса заслуженным расслаблением, гармонизирует работу всей нервной системы.

В нашем городе находится *уникальный центр иппотерапии «Целебные Ессентуки»*, на базе которого проводилось исследование. В процессе общения с руководителем центра протоиереем Сергием Тростинским и иппоинструктором Геннадием Александровичем Цинковым мы узнали об особенностях организации реабилитационных мероприятий с помощью лечебной верховой езды.

Епархиальный центр иппотерапии «Целебные Ессентуки» начал свою работу в 2016 году. В 2017 администрация города-курорта при содействии казначества выделила центру земельный участок под данный вид деятельности. В 2021 году было принято решение о начале строительства полноценного иппоцентра, которое планируется завершить в 2023 году.

Основная задача центра – правильная организация и реализация лечебно-реабилитационных мероприятий. Обязательным условием начала занятий является направление лечащего врача, который, взаимодействуя со специалистами центра, контролирует различные показатели состояния ребенка с целью корректировки реабилитационной программы.

Не все лошади могут стать лекарями. В центре есть две специально обученные для работы с детьми лошади: Педагог и Целитель. Когда ребенок с ДЦП или умственным отклонением сидит на лошади, он не контролирует свои действия: может ударить лошадь, громко закричать и испугать животное. Поэтому для проведения иппотерапии нужна особенная лошадь, чистокровные представители известных пород сюда не подходят (они очень высокие и обладают бурным нравом). Нужна лошадь среднего размера, низкого роста, с широкой спиной. В основном для занятий иппотерапией используют лошадей помеси тяжеловозов с рысистыми породами. Берут здоровую особь, которая обладает тихим нравом, спокойным характером, старше 7 лет. У нее должен быть ровный шаг – четырехтактный аллюр, для придания правильного импульса наезднику.



А вот пони можно использовать только для начала общения с животным, для ЛВЕ они не подходят. Дело в том, что все действие лечебной верховой езды базируется на биомеханическом воздействии лошади на человека. Биомеханика лошади полностью идентична человеческой. Пони же семят и дают очень маленький импульс, т.е. биомеханика пони совершенно не соответствует человеческой.

Первый этап иппотерапии начинается со знакомства лошади и пациента на расстоянии. Даже обычное наблюдение за движениями животного несет в себе терапевтическую составляющую. На следующем этапе используют сближающие приемы: прикосновения и кормление, чтобы ребенок мог почувствовать приятное тепло живого тела, попытаться контролировать напряжение мышц руки. При этом он учится мотивированному контролю над двигательным актом. При успешном прохождении первых этапов переходят на верховую езду.

В чем же заключается эффективность иппотерапии? Езда на лошади позволяет неходячим детям пережить опыт прямохождения. При регулярных занятиях начинают работать и укрепляются мышцы, необходимые для ходьбы, в коре головного мозга формируется стереотип прямохождения. Научившись балансировать на лошади, ребенок постепенно переносит этот навык в обычную жизнь и более уверенно чувствует себя на земле.

Все занятия имеют структурированную систему, проходят 2-3 раза в неделю по 30-60 минут. Для каждого ребенка составляется индивидуальный план с учетом его диагноза и общего состояния.

Следует отметить, что центр существует на спонсорскую помощь. Это очень важный момент для семей с детьми-инвалидами, так как лечение и реабилитация требуют значительных финансовых средств, и на иппотерапию, стоимость которой составляет в среднем 800 рублей за 30-минутное занятие, часто не хватает денег, а 10000 рублей в месяц для семейного бюджета – сумма практически непосильная. Именно поэтому



сотрудники центра принимают детей, нуждающихся в иппотерапии, бесплатно.

На данный момент в центре занимаются 116 человек. За 5 лет работы иппоцентра количество детей увеличилось в 2 раза (рис. 1), что доказывает обоснованность его создания и функционирования.

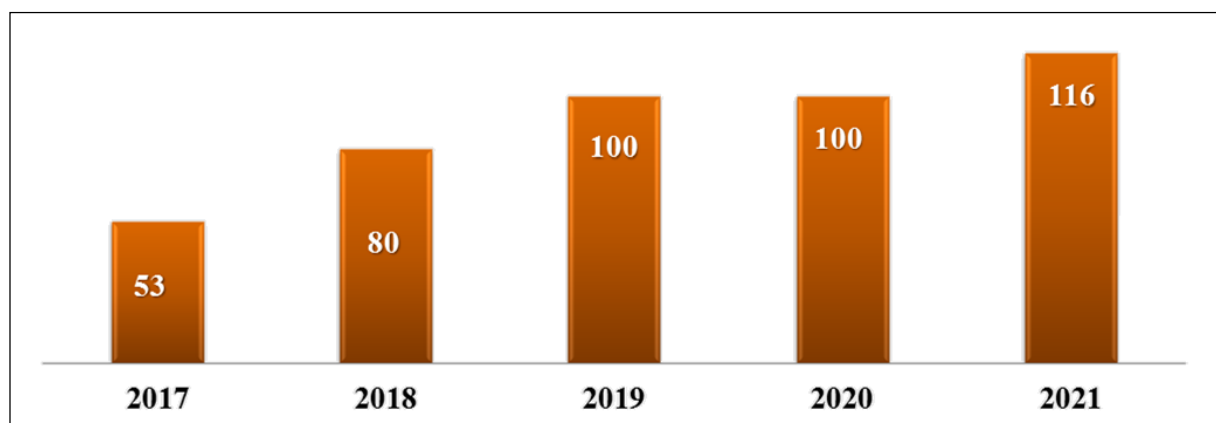


Рис. 1. Количество детей, занимающихся в центре иппотерапии «Целебные Эссендуки» (динамика за 5 лет).

Исходя из возможностей центра (наличие двух инструкторов - иппотерапевтов), занятия на постоянной основе посещают 78 детей, 15 из них занимаются в течение 4-х лет, остальные – в строгой очерёдности, которая зависит от наличия свободных часов у иппотерапевта. Эти данные подтверждают востребованность центра «Целебные Эссендуки» и доказывают необходимость расширения кадрового состава.

Анализ отчетной документации позволил определить основные заболевания, с которыми пациенты обратились в иппоцентр (рис. 2). 35% пациентов – это дети с ДЦП, 30% – с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, 29% диагнозов приходится на ментальные нарушения, 4% – аутизм и 2% – синдром Аспергера. Полученные результаты наглядно демонстрируют, что за помощью иппотерапевтов обращаются в большей степени по поводу нарушений двигательной функции и патологий нервной системы.



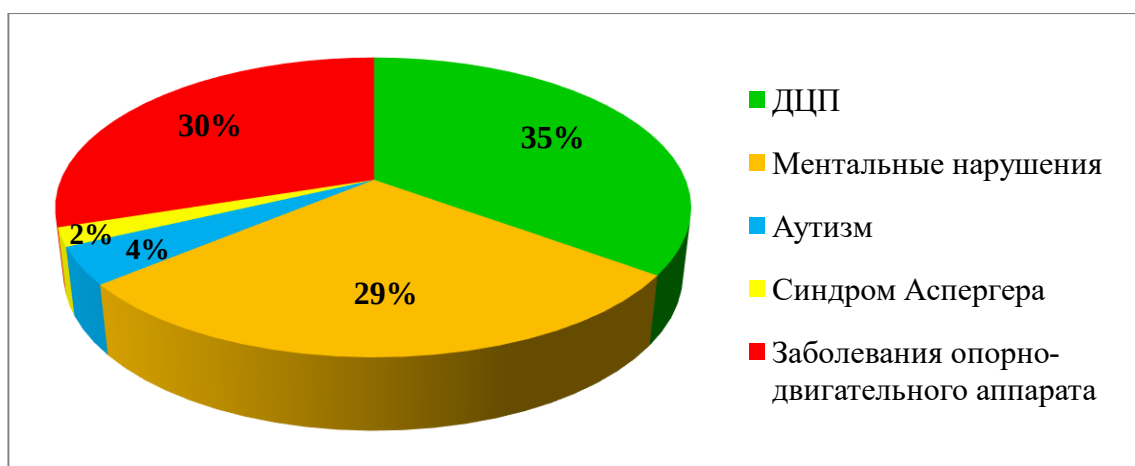


Рис. 2. Основные диагнозы пациентов иппоцентра «Целебные Эссенцуки».

В начале теоретического исследования было обозначено, что иппотерапия действует в двух направлениях: физиологическом и психологическом. Для наглядности из карт здоровья детей выкопированы данные об антропометрических измерениях (длина тела) и пробы Ромберга. В таблице приведены числовые результаты этих тестов до начала занятий и после нескольких курсов иппотерапии.

Тест	До начала занятий	После курсового лечения
Проба Ромберга	2,1±1,3 с	7,1±1,3 с
Длина тела	141,5±5,8 см	146,4±5,8 см

Следует обратить внимание, что результаты пробы Ромберга демонстрируют, что благодаря занятиям ЛВЕ увеличилось время и степень устойчивости пациентов. В части изменения длины тела зафиксированы положительные изменения: за счет нарушений осанки и округления спины рост детей на начало занятий меньше, чем после иппотерапии, что обусловлено созданием мышечного корсета и коррекцией имеющихся деформаций осанки во фронтальной плоскости. Таким образом, представлены наглядные доказательства положительного влияния иппотерапии на физиологию пациентов.



Использование цветового теста Люшера демонстрирует значительные положительные изменения психоэмоционального состояния детей: после прохождения курса маленькие пациенты чаще стали выбирать синий цвет, что соответствует чувству спокойствия, удовлетворенности; сине-зеленый – уверенности, проявлению настойчивости; светло-желтый – активности, стремлению к общению, веселости. Из этого следует, что тесный контакт с лошадьми положительно влияет на эмоциональную сферу ребенка и позволяет делать уверенные шаги в социум.

Иппотерапия относится к альтернативным методам лечения, но в сочетании с другими способами является высокоэффективной и востребованной в программе реабилитации детей с опорно-двигательными и психофизиологическими заболеваниями.

А. Романова

Руководитель преподаватель: Л. Г. Денисова

ИДИ, ДЫШИ, ЛЕЧИСЬ!

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕРРЕНКУРЫ КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

Эксперты ВОЗ утверждают, что 60% населения планеты не соблюдает рекомендуемый уровень физической активности, необходимый для положительного воздействия на здоровье. В настоящее время под физической активностью понимаются не только занятия какими-либо видами спорта, но любой вид активности, в частности, ходьба пешком.

Ходьба – это естественный способ передвижения человека. А дозированные пешие прогулки используются в качестве вспомогательного метода лечения болезней сердечно-сосудистой и дыхательной систем, восстановления двигательной функции после перенесенных заболеваний опорно-двигательного аппарата и нервной системы. Особое значение



дозированная ходьба приобретает в профилактике, реабилитации и санаторно-курортном лечении.

Рассмотрим *несколько видов дозированной ходьбы*:

- ходьба по ровной местности – такие прогулки не только развивают выносливость, но и улучшает работу сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, хорошо сказываются на состоянии нервной системы и обмене веществ;
- скандинавская ходьба, при которой задействовано 90% мышц, – это минимальные противопоказания и максимальный эффект для сердечно-сосудистой, нервной и дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата;
- природная «тропа здоровья» – пешеходная дорожка с участками из различных природных материалов оказывает положительный эффект на нервную, эндокринную, сердечно-сосудистую и дыхательную системы;
- терренкур – пеший маршрут, направленный на тренировку сердца, дыхания, суставов путем постепенного увеличения и расширения двигательного режима.

Мы живем в уникальном регионе, где впервые был создан и опробован терренкур, о нем и расскажем подробнее.

Терренкур – дозированные по расстоянию, времени и углу наклона пешие восхождения. Терренкур – это не «вольный» стиль прогулки, а специально разработанный маршрут, на протяжении которого важно соблюдать правила: держать темп и ритм, чередовать высокую активность с низкой, правильно дышать.

Основные терренкуры Кавказских Минеральных Вод расположены в городах Пятигорск, Железноводск и Кисловодск.

В Кисловодске проложены 6 терренкуров, которые занимают первое место по своей протяженности от 1700 до 13200 метров. Разнообразие ландшафта и растительности благотворно влияет на общее состояние пациентов. Маршруты длинные, достаточно крутые и извилистые, разбиты



на станции, расположенные через каждые 100 метров. На каждой станции указан номер, расстояние от начального пункта, угол подъема, высота над уровнем моря.

Пешеходные тропы Пятигорска окольцовывают гору Машук и делятся на три маршрута:

- первый начинается от источника №20 продолжительностью 9 600 м с углом подъема от 1° до 6°;
- второй маршрут аналогичен первому, только движение – в обратную сторону, учитывая крутизну подъема от источника, считается более напряженным;
- третий маршрут берет начало у источника №20, продолжается на вершину Машука, путь назад – в обратном направлении. Общая протяженность обоих колец – 10 800 метров с углом в 12°.

Все пешеходные маршруты Железноводска обвиваются вокруг относительно невысокого пика Железный, постепенно спускаясь к небольшому живописному озеру или уходя к более рослой возвышенности – горе Развалка. Их общая протяженность – более 8 километров. В плане расстояния и угла подъема они уступают кисловодским и пятигорским трекам, однако у них есть и свое преимущество – некоторые уходят вглубь «диких» лесов, не имеющих признаков туристической инфраструктуры. Это положительно влияет на нервную и дыхательную системы за счет чистоты воздуха и относительной тишины.

Лечебная ходьба по маршрутам терренкуров включена в программу санаторно-курортного лечения, поэтому *исследование проводилось на базе ЛПУ «Санаторий имени Эрнста Тельмана» г. Железноводска с 4 по 18 октября 2021 года.*

Цель практического исследования – оценка влияния дозированной лечебной ходьбы на функциональное состояние пациентов.



В исследовании приняли участие 50 отдыхающих в возрасте от 45 до 65 лет. Методы исследования – наблюдение, опрос, выкопировка данных санаторно-курортных карт, оценка общего состояния пациента.

По данным санаторно-курортных карт были определены основные заболевания респондентов. Патологии сердечно-сосудистой системы выявлены у 15 человек (30%), заболевания дыхательной системы диагностированы у 16 человек (32%), проблемы с опорно-двигательным аппаратом – у 9 человек (18%), заболевания эндокринной системы – у 10 человек (20%).

Согласно рекомендациям специалистов пациентам были назначены пешие прогулки по терренкурам. Распределение произошло следующим образом: первый маршрут был назначен 24 пациентам (48%) с патологиями сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, так как маршрут небольшой протяженности и проходит по относительно ровному ландшафту. Второй маршрут назначен 19 респондентам (38%) с заболеваниями дыхательной и эндокринной систем в связи с усложнением терренкура углом подъема. Третий маршрут предложен 7 пациентам (14%) с заболеваниями дыхательной системы легкой формы, так как представляет собой сложный маршрут по пересеченной местности.

Далее проведен сравнительный анализ показателей функционального состояния пациентов на начало и окончание санаторно-курортного лечения с применением метода дозированной лечебной ходьбы. Контролировались следующие показатели: ЧДД, АД, ИМТ, сатурация у трех групп по назначению терренкура.

Частота сердечных сокращений измерялась ежедневно до и после прогулки. Данные свидетельствуют, что на начало пеших прогулок по первому маршруту среднее число СС составляло 85 уд./мин, а в конце – 88 уд./мин, что доказывает низкий уровень физической нагрузки на данном терренкуре. У группы со второго терренкура до начала пути зафиксировано 78 уд./мин, в конце – 89 уд./мин, что подтверждает пропорциональную



зависимость увеличения ЧСС усложнением маршрута. В третьей группе на начало движения отмечено 75 уд./мин, в конце пути – 90 уд./мин. Таким образом, результаты измерений частоты сердечных сокращений (рис. 1) наглядно демонстрируют зависимость работы сердечно-сосудистой системы от уровня физической нагрузки.

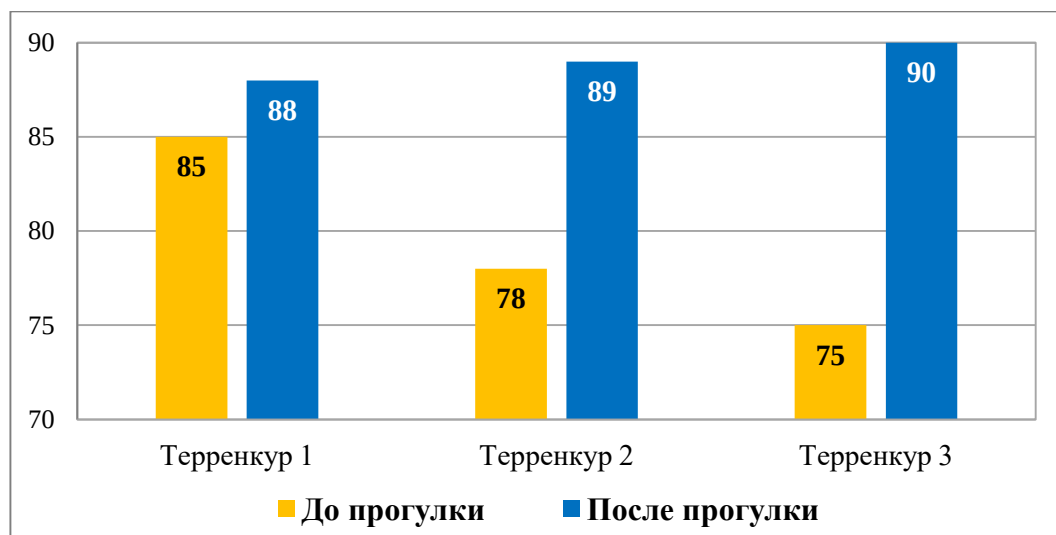


Рис. 1. Измерение частоты сердечных сокращений.

Измерение сатурации пульсоксиметром по приезду и в день отбытия (рис. 2): у отдыхающих первой группы средний показатель составил 95% и 98% соответственно, у второй группы – 94% и 96%, у третьей группы – 94% и 97%. Таким образом, наглядно доказано, что дозированная лечебная ходьба, как часть санаторно-курортного лечения, положительно повлияла на насыщение крови кислородом.



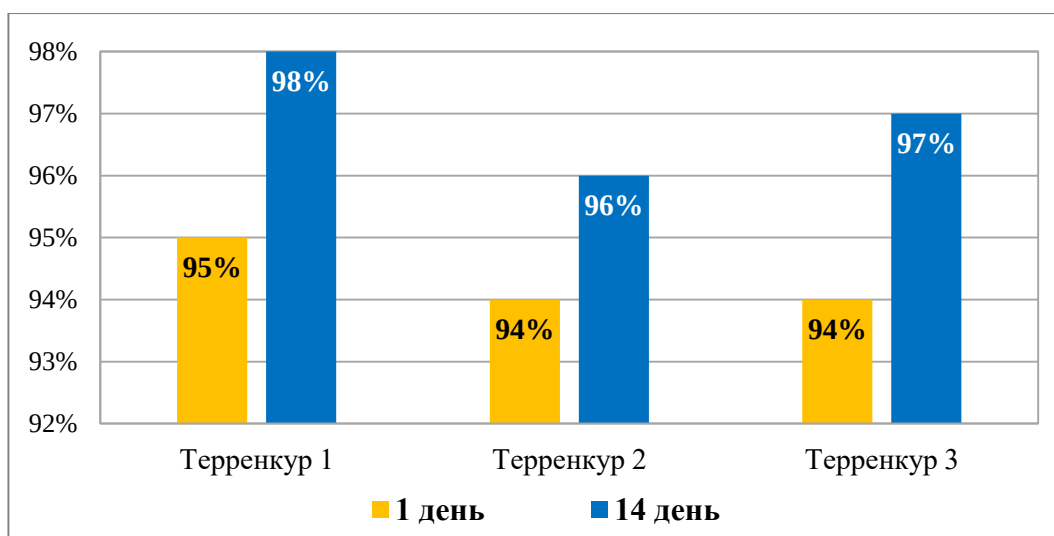


Рис. 2. Измерение сатурации.

Следующим маркером эффективности лечебной программы стало измерение артериального давления в начале и в конце курса. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что показатели АД на момент поступления и на 14 день стабильно улучшились у всех наблюдаемых групп. Минимальное снижение зафиксировано у первой группы, что соответствует диагнозам, изменение АД до нормальных значений отмечено в третьей группе.

Показатели артериального давления		
Маршрут	1 день	14 день
Терренкур 1	145/95	140/90
Терренкур 2	140/90	130/85
Терренкур 3	130/85	120/80

Таким образом, доказано, что физическая нагрузка в виде ходьбы по терренкурам благоприятно сказывается на состоянии сердечно-сосудистой системы вследствие повышения тонуса сосудов и обогащения крови кислородом.

При поступлении у респондентов была измерена частота дыхательных движений (рис. 3), среднее значение которой в покое составило 19 в минуту.



Данные соотносятся с установленными респондентам диагнозами по дыхательной и сердечно-сосудистой системе. Итоговое измерение ЧДД на конец курса санаторно-курортного лечения показало незначительное снижение количества дыхательных циклов, что обусловлено, в том числе, и систематическими пешими прогулками по терренкурам, стабилизацией работы дыхательной и кровеносной систем.

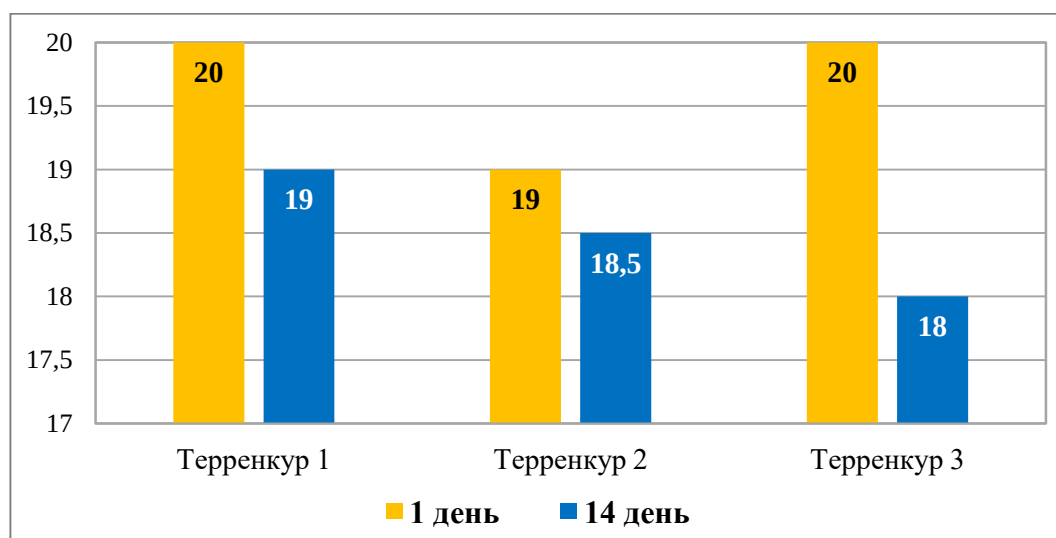


Рис. 3. Показатели частоты дыхательных движений.

Еще одним важным показателем общего здоровья человека является индекс массы тела. Колебания от нормы – факторы риска развития заболеваний различных органов и систем. На момент поступления в санаторий половина пациентов имела, согласно формуле расчета ИМТ, показатель избыточной массы тела. Значительное число респондентов относилось к группам ожирения I и II степени. Норма ИМТ отмечена у меньшей части исследуемых. По истечении срока пребывания в санатории вновь были проведены измерение веса и расчет ИМТ, которые показали следующую картину: значительно увеличилась доля пациентов с нормой массы тела, сократилось количество с предожирением, ожирением I и II степени. Данные результаты доказывают эффективность комплексного подхода, сочетающего рациональное питание, дозированную физическую нагрузку и лечебные процедуры.



Всем респондентам по окончании курса мы предложили ответить на вопрос: «Как повлияла лечебная дозированная ходьба на Ваше самочувствие?». Это позволило определить субъективное отношение отдыхающих к терренкурам. Все респонденты отметили только положительные изменения. Превалирующее большинство опрошенных считает, что прогулки по живописной парковой зоне курорта восстановили их жизненный тонус, снизили интенсивность болевых ощущений, способствовали снижению веса, стабилизировали психоэмоциональное состояние. Большинство пациентов указало, что после пеших прогулок на свежем воздухе спалось лучше, дольше и просыпалось легче.

Согласно объективным данным измерений и субъективной оценке респондентов, терренкуры КМВ – это эстетическое удовольствие, помноженное на эффективное лечебное воздействие. Именно поэтому, дозированная лечебная ходьба является обязательным компонентом санаторно-курортного лечения, назначается всем отдыхающим с разницей по продолжительности и сложности маршрута.

К сожалению, не каждый имеет возможность ежегодно проходить санаторное лечение, однако пешие прогулки доступны всем. Главное требование к их осуществлению – консультация лечащего врача с рекомендациями к номеру терренкура.

Здоровье – великая ценность, его поддержание и укрепление зависит от осознанности человека. Здоровье не терпит пренебрежительного отношения, поэтому нужно уделять внимание своей физической активности.

Ходите, дышите, выздоравливайте!!!



*К.Айсанова, А.Меграбян
Руководитель преподаватель: Т.Н. Жилева*

СЕСТРИНСКИЕ ОШИБКИ В ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Ошибки лекарственной терапии являются наиболее частыми причинами неблагоприятных результатов лечения. От таких ошибок страдают десятки тысяч ни в чем не повинных людей.

Принято считать, что, если медсестра допустила ошибку и перепутала препарат, дозу, метод или режим его введения, значит, она не имела соответствующей настороженности, квалификации, и не провела необходимой контрольной процедуры или провела ее, но была невнимательна.

Последние годы все шире проводятся исследования причин сестринских ошибок. Начнем с человеческого фактора и особенностей человеческого восприятия. Выяснилось, что самая частая причина ошибки не квалификация, а условия труда медработника. Если даже «медсестры-ассы», очень опытные, очень добросовестные допускают ошибки, значит оправдания ее действиям нужно искать в условиях ее работы.

Например, доказано, что в ходе своей работы медсестры решают большое количество пространственно разбросанных, в то же время, коротких по времени исполнения задач, испытывая при этом необходимость постоянно отвлекаться на внешние сигналы и часто прерывая выполнение задачи.

Наши исследования в Кисловодской городской больнице показали, что в течении дневной смены медсестра, в среднем, выполняет около 100 заданий и ее действия прерывались 28 раз, а в ночную смену-60, и отвлекалась она от основной задачи около 10 раз. При этом время, когда медсестра была занята хождением по отделению, за результатами анализов или доставкой необходимых лекарств, заполнение документации составляло почти 70% от общего рабочего времени. В этих условиях на непосредственную работу с



больным оставалось не более 15-20% рабочего времени. И это при том, что требуются четкость и концентрация внимания при выполнении лекарственных назначений.

Проблема приобрела такой масштаб, что требует специального изучения и разработки особых мер лекарственной безопасности. По правилам, для того чтобы обеспечить эти меры, медсестра на всех этапах работы с медикаментами обязана проводить их многоступенчатый контроль, который сводится к выполнению следующих требований:

- Любую лекарственную процедуру начинай с идентификации больного.
- Проверяй надпись на этикетке упаковки, когда берешь ее из шкафчика с лекарствами (1-й уровень лекарственного контроля).
- Проверяй надпись на этикетке упаковки, когда берешь ее, чтобы достать ампулу (2-й уровень контроля).
- Проверяй надпись на ампуле перед тем, как набрать шприц (3-й уровень контроля).
- Проверяй надпись на шприце (флаконе) перед введением препарата больному (4-й уровень контроля).

Так почему же, не смотря на такие четкие, выверенные меры лекарственной безопасности все же происходят трагедии в наших больницах *почему медицинские сестры ошибочно вводят пациентам «не то» лекарство?* Попробуем сделать выводы из примеров.

Итак, причина 1. Использование емкостей из-под лекарств для немедицинских веществ.

Приведем пример: Перед проведением исследования пациенту вводят рентгенконтрастное вещество. Сначала препарат из ампул сначала сливают в один стерильный флакон и это делает медицинская сестра. Врач, вошедший в операционную, не обнаружив медицинскую сестру, решил не ждать. Он увидел флакон с раствором, стоящий на манипуляционном столике, набрал в шприц раствор, ввел пациенту. Буквально «на игле» пациенту стало плохо, процедура была срочно прекращена, а пациент через несколько часов



скончался. Когда пациента уже увезли из операционной, зашла санитарка отделения, которая искала флакон с хлорамином, который она отлила, чтобы унести домой...

Причина Вторая: Переливание (пересыпание) медицинских препаратов из одной емкости в другую

Правила предусматривают, что в случае повторного использования флаконов и других емкостей из-под лекарств с них должны быть убраны все имеющиеся наклейки с надписями.

Рассмотрим, к каким трагическим последствиям могут привести нарушения этого требования. Все началось с того, что заведующей отделением новорожденных потребовался канцелярский клей. Из большой бутылки она перелила клей в маленький пузырек из-под глазных капель с надписью «Левомецетин 0,25%». Однако наклейку с надписью с пузырька не сняла. Позже выяснилось, что старшая медсестра отделения, заметив флакон на столе, поставила его в холодильник. Одной из новорожденных девочек были назначены глазные капли с левомецетином. Дежурная медсестра достала их из холодильника и закапала в глаза ребенку. Результат - тяжелый ожог роговицы с частичной потерей зрения. Родители девочки подали жалобу в прокуратуру. Медсестра, закапавшая клей в глаза девочки, была уволена, хотя это не она перелила клей.

Причина третья: Совместное хранение сходных по дизайну емкостей (упаковок, ампул).

Приведем следующий пример: В отделении кардиореанимации вдруг внезапно ухудшилось состояние пациента с инфарктом. В ходе осмотра врач диагностировал еще и гипогликемическую кому. Долго не могли понять причину комы, и только утром, когда заступила на смену другая медицинская сестра, выяснилось, что рядом с флаконом с гепарином, который и нужно было вводить пациенту, на полке стоял схожий по внешнему виду флакон с инсулином. Именно из него ночная медицинская сестра набирала шприц, когда надо было делать гепарин.



Причина 4. Отсутствие практики отдельного хранения потенциально опасных препаратов (инсулин, концентрированный раствор хлорида натрия и др.) с соответствующими отметками на емкостях и отдельным хранением.

Приведем пример: в областной больнице из-за халатности медсестры погибла новорожденная девочка. Новорожденных близнецов поместили в реанимацию, там им был назначен курс интенсивной терапии. На вторые сутки одной из них стало лучше, и её перевели в палату общей терапии. Здесь-то и произошла трагедия: медсестра перепутала флаконы с препаратами. Вместо 10% раствора глюкозы поставила капельницу с 10% раствором натрия хлорида. Препараты стояли на столике рядом. Сменившая ее медицинская сестра заметила ошибку, когда внутривенное введение уже заканчивалось.

Врачи пытались спасти ребенка, но через семнадцать дней малышка все-таки скончалась. В отношении медсестры, перепутавшей препараты, возбуждено уголовное дело по статье (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), предусматривающей лишение свободы на срок до пяти лет.

Следует иметь в виду, что при схожести емкостей может ошибиться даже самая опытная медсестра, которая проводит лекарственный контроль по всем правилам. Здесь срабатывают особенности нашего восприятия, которые можно описать фразой «Вижу то, что ожидаю увидеть». Кстати, ошибки такого рода чаще совершают именно наиболее опытные работники. В один прекрасный день на полке появится такой же флакон, но с другой надписью. Она привычно берет его, смотрит на упаковку и не видит ничего необычного - в ее глазах стоит привычная картина привычной этикетки.

Нередко ошибка с выдачей «не того» препарата связана с дефектами передачи информации. Случается, что медсестра перепутала препарат, потому что ослышалась, или она неправильно восприняла запись назначения,



сделанного врачом в истории болезни, особенно или у него был неразборчивый подчерк.

Как известно, в экстренной ситуации врач зачастую отдает медицинской сестре устные распоряжения, а потом делает необходимые записи в истории болезни. При этом медицинская сестра может ослышаться. Во избежание ошибок врач должен убедиться, что правильно понят, – он должен попросить медицинскую сестру вслух повторить назначение. Так делается в армии, в гражданской авиации и других службах, где важная информация передается исполнителю в устной форме.

Приведем пример:

В приемное отделение больницы поступила женщина с приступом бронхиальной астмы. Врач осмотрела ее и устно назначила внутривенную инъекцию эуфиллина с коргликоном. Ослышавшись, медсестра начала введение эфедрина с коргликоном, но вдруг больная громко закричала, схватилась за голову. Инъекцию прекратили. При измерении давления тонометр показал 360/180 мм. рт. ст. В этом случае бесполезно выяснять, кто ошибся – врач или медсестра. К счастью, вскоре больной стало лучше, ошибка медицинских работников прошла без последствий для ее здоровья.

Здесь налицо причина пятой ошибки: Ошибки при передаче информации о назначениях (устной и письменной)

Данный случай демонстрирует риски, возникающие при передаче и восприятии устных указаний.

Мы привели вам яркие жизненные примеры и на их основании делаем следующие выводы:

- Лекарственную терапию необходимо проводить только после идентификации пациента.
- Медсестры должны понимать механизм действия лекарств,
- Проверка надписей на этикетках и ампулах должна быть доведена до автоматизма.



- Медперсонал должен иметь соответствующую настороженность при работе с препаратами сходными по внешнему виду, сочетаемости препаратов.
- Должно проводиться наблюдение за пациентом, чтобы вовремя определить неблагоприятные реакции на лекарства.

Это только часть допускаемых ошибок. Мы собираемся продолжить свои исследования «типичные ошибки медсестры при выполнении инъекций, которые могут навредить пациенту вплоть до летального исхода.

Необходимо сделать все возможное, чтобы такие ошибки не повторялись. Нужно изучать причины каждой допущенной ошибки и учить наших студентов тщательно выполнять алгоритм любой манипуляции, чтобы не было повода учиться уже на наших ошибках.

К.Гаспарян, В.Петракова
Руководитель: Е.Н.Захарова

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ – ПРИГОВОР РЕБЕНКУ!!

Выбор темы кружковой работы актуален, так как неоправданное модное веяние приводит к незамедлительной расплате здоровьем будущего ребенка. В результате исследовательской работы, которой мы занимаемся, был получен шокирующий вывод. Поэтому, мы хотим донести, как можно большому количеству молодёжи, к чему могут привести вредные привычки, такие как: алкоголь, курение и наркомания.

Сегодня мы хотим рассказать о проведенной нами исследовательской работе. Наша цель – уберечь подростков и их будущих детей от мучительного существования.

Легко начать употреблять алкоголь, наркотики, отказаться практически невозможно, а расплачиваться за это будут Ваши дети.

А сейчас о курении. Скажем сразу и однозначно: курение оказывает очень вредное воздействие на беременных. Почему? Дело в том, что в



табачном дыме содержится множество вредных веществ, которые могут спровоцировать онкологические заболевания. Все эти вещества вместе и по отдельности очень опасны для развивающегося плода.

Весь никотин, угарный газ, бензапирен и даже некоторые радиоактивные вещества из сигарет, попадая в организм беременной женщины, после первой же затяжки моментально проникают сквозь плаценту к плоду.

Причем концентрация всех этих веществ в организме плода гораздо выше, чем в крови матери! От никотина возникает спазм сосудов плаценты, и у ребенка возникает кислородное голодание. Ядовитые вещества действуют на все его нежные органы, мешают плоду нормально развиваться.

Выкидыши у курящих женщин случаются гораздо чаще, чем у тех, которые не имеют этой вредной привычки. Это связано с постоянным состоянием кислородного голодания плаценты и плода.

Курение во время беременности может привести к преждевременному отслоению плаценты или к ее неправильному расположению. Например, плацента может перекрывать шейку матки, что затруднит процесс родов. Это довольно серьезное состояние, при котором естественные роды практически невозможны.

Дети, рожденные от курящих матерей, имеют недостаточную массу тела и низкую оценку новорожденных по шкале Апгар.

Выявлено, что у курящих женщин очень часто наблюдаются случаи рождения маловесных детей - масса менее 2000 гр. Причем уменьшение веса новорожденного пропорционально числу сигарет, выкуриваемых женщиной во время беременности. И наоборот, такого результата не наблюдается у некурящих женщин. Таким образом, существует прямая связь между курением и замедленным развитием плода.

Не так давно были проведены исследования, которые доказали, что существует связь между курением во время беременности и дефектами развития плода, в частности лица.



Такие дети часто рождаются с «заячьей губой» и «волчьей пастью».

Дефекты конечностей также связывают с негативным влиянием никотина. Женщина, выкуривающая в день 20 сигарет (пачку), вдыхает табачный дым более 11 тысяч раз за период беременности, обеспечивая себе и своему ребенку все описанные выше, часто непоправимые, последствия.

Курение во время беременности может привести к склонности к курению у будущих детей и даже к наркотической зависимости.

Такие дети имеют различные психические расстройства, они склонны к неадекватным поступкам.

Употребление алкоголя беременной женщиной также представляет собой значительный риск. Даже умеренное употребление алкоголя часто ведет к аномалиям у плода и развитию плодного алкогольного синдрома (ПАС).

Подтверждено, что для возникновения ПАС достаточно четырех-пяти небольших доз алкоголя в день. Не существует безопасной дозы алкоголя для беременных женщин. И пропагандируемое многими красное вино, якобы полезное для организма, и положительно воздействующий на сердце коньяк, также не относятся к их числу.

Особенно опасен спирт для клеток нервной системы плода.

Под его воздействием структура мозга плода нарушается, и впоследствии ребенок может страдать умственной неполноценностью.

Регулярный прием алкоголя приводит к дефициту в организме матери необходимых для поддержания беременности гормонов, например, тестостерона и фолиевой кислоты, что приводит к нарушениям развития беременности и провоцированию прерывания ее на ранних сроках.

У детей «алкоголичек» проявляются характерные лицевые признаки - маленькие глаза, с выраженной внутренней складкой века, позже нередко отмечается косоглазие. Спинка носа не оформлена, и нос имеет седловидную форму. Часто бывает расщелина неба в виде «волчьей



пасти». У таких детей часто наблюдаются расстройства функции речи, неадекватность моторных реакций.

Степень поражения костно-мышечного каркаса варьирует от контрактур мелких суставов пальцев до врожденных вывихов бедра и аномалий грудной клетки.

Страдает и мочеполовая система. Возможны неопущение яичек, гипоспадии у мальчиков, недоразвитие половых губ у девочек, умеренные отклонения анатомии и функции почек.

Сразу после рождения у детей заметны аномалии нервной системы, проявляющиеся признаками «похмельного синдрома», схожими с «белой горячкой» у взрослых. Дети раздражительны, беспокойны, с плохой координацией и проблемами питания. Поражение мозжечка также нередко, что позднее проявляется в неуклюжести и периодически повторяющихся судорогах.

Наркотики - весьма распространенное явление в нашем обществе, как среди подростков, так и среди беременных, к сожалению, встречается все чаще. Зависимость от наркотиков может быть физической, психологической или физико-психологической. Физическая зависимость подразумевает прием наркотиков для снятия неприятных симптомов, возникающих при отмене наркотических препаратов после длительного их применения.

Психологическая зависимость означает, что человек на эмоциональном уровне склонен к приему наркотиков.

Опять-таки, чтобы не быть голословными, посмотрим, как влияют наркотики на организм беременной женщины и плода?

Во-первых, в подавляющем большинстве случаев женщин, принимающих наркотики, ждут осложнения во время беременности.

Во-вторых, точно установлено, что ряд наркотиков оказывают очень вредное воздействие на плод.

Давайте ознакомимся с их видами, и какой вред они несут.



Курение марихуаны увеличивает уровень угарного и углекислого газа в крови, что уменьшает поступающий к ребенку кислород.

Интоксикация кокаином может вызвать судороги, аритмию, гипертонию и повышенную температуру у матери, а продолжительное употребление кокаина - нарушения циркуляции питательных веществ и температурного режима, что губительно скажется на ребенке.

Кокаин может привести к отслоению плаценты, что может вызвать серьезные кровотечения, преждевременные роды и смерть плода. Может способствовать возникновению у ребенка нарушению мыслительных способностей.

Установлено, что употребление героина во время беременности увеличивает вероятность преждевременных родов, маленького веса ребенка при рождении, затруднения его дыхания, низкого содержания сахара в крови (гипогликемия), внутричерепное кровотечение или кровоизлияние) и смерти новорожденного.

Галлюциногены, такие как ЛСД, мескалин, пейот, пенциклидин, могут привести к психическому расстройству, к рождению недоношенного ребенка, недоразвитости опорно-двигательного аппарата, повреждению головного мозга.

Употребление метамфетамина во время беременности может привести к последствиям, схожим с теми, которые наступают при употреблении кокаина.

Дети могут родиться зависимыми от метамфетамина и страдать от симптомов абстиненции, таких как дрожь, бессонница, судороги и трудности с принятием пищи.

Соблюдение здорового образа жизни во время беременности - одно из главных условий ее успешного завершения для будущей матери, ребенка и детей вообще!

Я.Гришкова, А. Ямпольская



ОШИБКИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

Людям свойственно ошибаться, в том числе и на своем рабочем месте, и даже если они выполняют очень ответственную работу, от которой зависят жизнь и здоровье человека. Ошибаться на своем рабочем месте могут и медсестры. Следствием таких ошибок бывают страдания, и даже смерть пациента.

Часть медицинских ошибок с причинением вреда здоровью обусловлена объективными причинами: физическими и нервно-психическими перегрузками медиков, технологическими ошибками, возникновением экстремальных ситуаций и т.д.

Другая часть медицинских ошибок, вызвана безответственными действиями медицинских работников, халатностью, небрежностью, элементарной медицинской безграмотностью и безразличием, которые классифицируются в качестве преступления и юридически наказуемы.

Исследованиями выявлены основные причины ошибок лекарственной терапии:

- Трудности узнавания, когда используются похожие упаковки или близкие по звучанию названия лекарственных средств.
- Недостаток информации о пациенте.
- Ошибки в документации
- Плохая организация противоаллергической защиты.
- Не соблюдение доз и частоты введения лекарства.
- Ошибки в подготовке медсестрами лекарственных средств для внутривенного вливания.
- Конфликтные ситуации.

Целью нашего исследования является: выяснить на практике какие ошибки мы можем предотвратить в своей будущей деятельности на примере работы медсестры в Кисловодской городской больнице.



Для этого мы разработали анонимную анкету для медсестер всех отделений и попросили их ответить на вопросы. Нами были опрошены 18 медицинских сестер.

На вопрос анкеты о причинах сестринских ошибок 42% опрошенных называют невнимательность, 25 % отметили усталость, по 10 % говорят о некомпетентности и непонимании назначений врача. 13 % медицинских сестер написали о загруженности большим объемом документации. (Диаграмма 1)

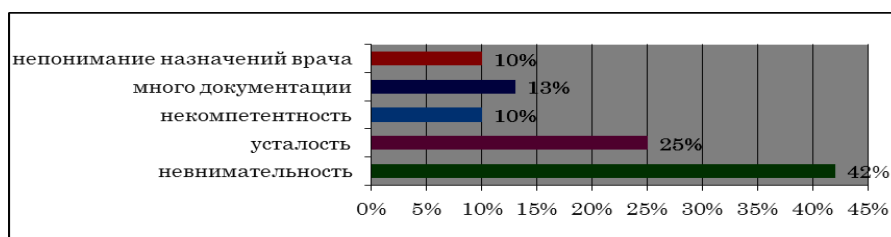


Диаграмма 1. Причины сестринских ошибок.

Весьма информационно насыщенными оказались данные о том, какие ошибки допускались в практике работы медицинских сестер (Диаграмма 2). Так, практически поровну (по 35 и 30 %) оказались указаны ошибки в оформлении документации и при раздаче лекарственных средств. 10 % опрошенных медицинских работников, признались, что нарушали стандарты асептики и антисептики.

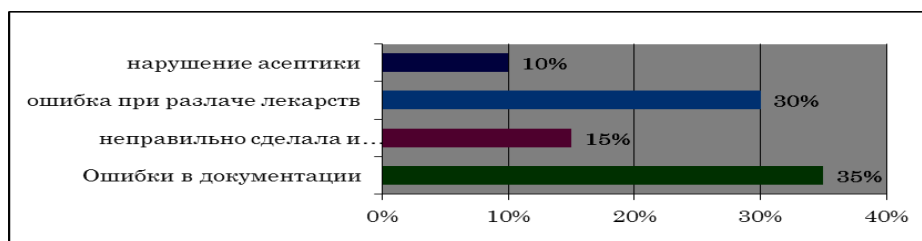


Диаграмма 2. Ошибки в работе медицинской сестры.

Очень показательны мнения о собственных сестринских ошибках (Диаграмма 3). Так, 40% медицинских работников заявили, что не допускали сестринских ошибок. Но из тех, кто признался в таких ошибках, наибольшее число, по 10% указали на вечернее время или начальный период работы медицинской сестрой.

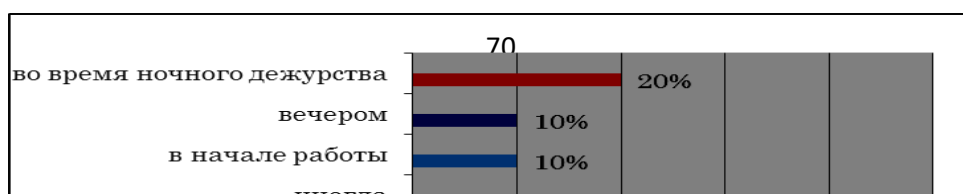


Диаграмма 3. Мнение о сестринских ошибках.

На вопрос «Стали ли известны кому-либо Ваши ошибки? Если да, то как Вас наказывали». Примерно 30% опрошенных медицинских сестер заявили, что «никто не узнал», и почти столько же, 27 % указали на устное замечание (Диаграмма 4). Все это свидетельствует о незаметном (скрытом) характере сестринских ошибок и трудности их профилактики.

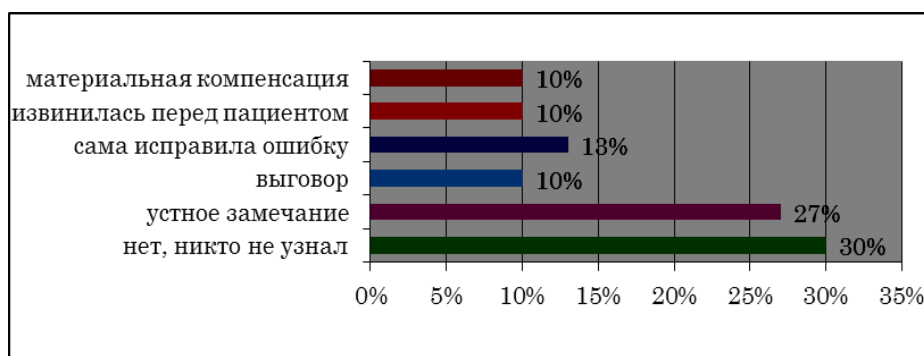


Диаграмма 4. Наказания за сестринские ошибки.

Примечательно, что наказание за сестринскую ошибку, судя по ответам на анкеты, бывает минимальным, и лишь несколько медицинских сестер извинились перед пациентами.

Вопрос «Как избежать сестринских ошибок» вызвал достаточно широкий разброс мнений. 43 % опрошенных заявили, что необходимо быть внимательной, что отражает самокритичное, но справедливое суждение о природе сестринских ошибок. 17 % медицинских сестер указали на необходимость не перегружать персонал, и 20 % считают важным

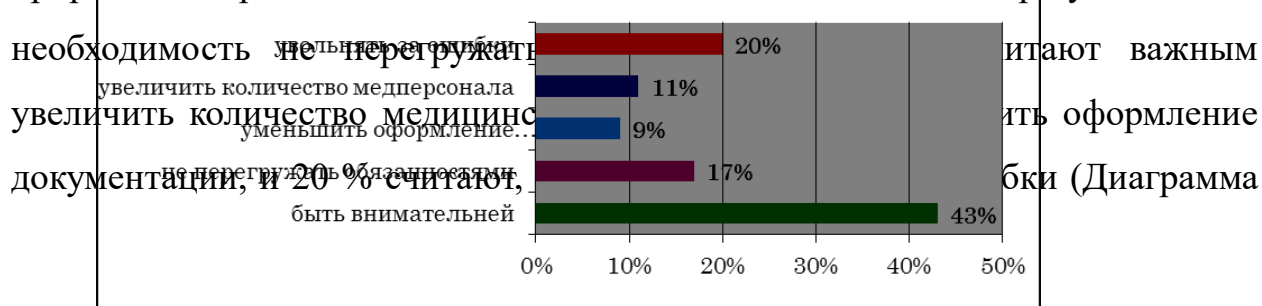


Диаграмма 5. Как избегать сестринских ошибок.

Таким образом, даже общий анализ заявленной медико-правовой проблемы свидетельствует о важности учета сестринских ошибок в обучении и контроле за деятельностью медицинского персонала в лечебных учреждениях.

Разумеется, детали своих ошибок каждый из опрашиваемых не разглашал, поэтому мы решили исследовать факты уже нашумевших и всем известных случаев, донести их с подробным разбором ситуации до сведения студентов -второкурсников на занятиях по Сестринскому делу и Фармакологии с тем, чтобы предупредить и предотвратить появление этих оплошностей впредь. Мы предполагаем, что разбор данных ситуаций будет полезен всем, кто занимается лечением больных.

Во избежание ошибок необходимо соблюдать правила лекарственной безопасности:

- «Правильный пациент»: проблема идентификации пациентов
- «Правильный препарат»: ошибочное введение лекарственных средств
- «Правильная доза и концентрация»: ошибки дозирования
- «Правильный путь введения»: ошибки при выборе места введения лекарственного средства
- «Правильное время введения»: ошибки при раздаче лекарственных средств.
- Проблема идентификации пациента. Идентификация - это процедура, которая позволяет установить, что человек с именем, фамилией и паспортом является данным лицом. Это первый и самый важный этап в обеспечении безопасности обслуживания пациентов.

Ошибка идентификации может привести к грубой ошибке лекарственной терапии, когда препарат принимает не тот пациент, которому



он назначен, а другой – например, его однофамилец или имеющий похожую фамилию.

Идентификация пациентов важна не только при проведении лекарственной терапии, но и при взятии биологических материалов для исследования, при переливании крови, в операционных блоках, ожоговых отделениях, родильных домах и т. д.

Приведу пример, Пациентки из двухместной палаты поменялись койками. Медсестра пришла взять кровь на определение группы и резус-фактора пациентке, которой запланировали срочное переливание крови. Не помня ее в лицо, но зная расположение койки, без лишних слов медсестра проделала нужные манипуляции. При переливании, буквально через минуту пациентке стало плохо, ее зазнобило, появились сильные боли в пояснице, что указывало на несовместимость крови. Переливание остановили, однако самочувствие больной ухудшалось и спустя несколько часов она скончалась. При разборе случая была обнаружена ошибка при взятии пробы крови на исследование.

Для того чтобы избежать ошибок идентификации, медицинские работники должны соблюдать следующие правила:

- перед выполнением назначения необходимо произвести идентификацию больного;
- использовать как минимум два идентификационных признака (следует попросить больного назвать не только его фамилию, но также имя и отчество);
- при проверке информации пациент сам должен назвать себя);
- категорически запрещено использовать номер палаты или кровати в качестве идентификационных признаков
- все емкости для исследований должны подписываться.

Если в отделение поступает пациент, находящийся без сознания, медицинский работник обязан прикрепить к нему с помощью браслета или другого подходящего устройства больничный номер.



Если пациент находится в коме, то находящиеся рядом медицинская сестра, родственник или друг пациента могут помочь идентифицировать пациента, сообщив его имя, адрес или дату рождения.

Таким образом, чтобы избежать ошибок при выполнении лекарственных назначений медицинские сестры должны понимать ответственность своей будущей профессии и применять все правила безопасности в своей работе.

А.Дендюрина, М.Тарамова, П. Тайгибова
Руководитель преподаватель: Е.М. Котлова

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Заболевания желудочно-кишечного тракта (далее ЖКТ) встречаются у всех групп населения, и являются одними из наиболее распространенных в сравнении с патологиями других органов.

Наиболее распространенные заболевания ЖКТ:

- гастрит;
- язвенная болезнь;
- гастродуоденит;
- дисфункции желчного пузыря;
- панкреатит.

Актуальность темы. Установлено, что заболевания ЖКТ занимают третье среди первичной обращаемости пациентов за медицинской помощью. Существенным аргументом, определяющим медико-социальную значимость болезней органов пищеварения, служит то, что этой патологией страдают все возрастные группы населения. В последнее 10-летие частота болезней органов пищеварения у детей и подростков увеличилась в 3 раза. Общий процент заболеваемости органов пищеварения составляет 9-10%.

Пищеварительная система – это система органов, куда поступает и где происходит расщепление пищи, с последующим всасыванием веществ,



необходимых для жизнедеятельности организма, а также выведением остатков непереваренной пищи.

Заболевания органов желудочно-кишечного тракта – это комплекс характерных, постоянных или периодически возникающих симптомов, сигнализирующих о нарушениях в работе системы пищеварения или отдельного органа этой системы (боль, тошнота, рвота, диспепсия).

Среди причин, вызывающих данные заболевания можно выделить следующие:

- неправильное питание (фаст-фуд, газированные напитки, сухоедение, отсутствие режима питания);
- энергетики;
- вредные привычки;
- очаги хронической инфекции (кариозные зубы, хеликобактер);
- стрессы.

Цель исследования: изучить факторы риска заболеваний пищеварительной системы, с целью разработки рекомендаций по их профилактике.

В исследовании была использована анкета респондента (Приложение 1), позволяющая получить информацию о факторах риска развития заболеваний ЖКТ. В анкетировании приняли участие студенты 3 курса специальности Лечебное дела в количестве 30 человек.

Обработка результатов проводилась по каждому вопросу анкеты.

Итоги проведенного исследования.

Распределение по полу: 66% женщины и 34% мужчины.

По возрасту респонденты распределились следующим образом:

18- 20лет –76 %, 21-30 лет – 14%.

Местом своего проживания отметили город – 63%, в сельской местности проживает 37% опрошенных.

Выявлено, что по сфере занятости ответы распределились следующим образом: учащихся - 87%, работающих по совместительству –13%.



На вопросы о вредных привычках, в частности, о никотиновой зависимости положительно ответили 17%, не курят - 65% и делают это иногда – 18%.

Про употребление алкоголя положительно ответили 33% респондентов, отрицают прием алкогольных напитков 62% и употребляют иногда – 5%.

Наличие избыточного веса ответы отметили 36% респондентов, а 64% отрицают его наличие.

Принципы рационального питания соблюдают 17% респондентов, не придерживаются - 65%, делают это иногда – 18%.

О кратности приема пищи респонденты ответили следующим образом: 3 раза в день в определенное время - 38%, питание всухомятку, с перекусами «на бегу» отметили 31%, а полноценный прием еды вечером практикуют 31%.

Употребление фаст-фуда и газированных напитков отметили 76% опрошенных, 14% не употребляют фаст-фуд, и делают это иногда – 10%.

Выявлено, что 69% употребляют острые блюда и копчености, избегают принимать в пищу острые и копченые блюда - 23%, делают это иногда – 8%.

Употребление в пищу очень горячей пищи отметили 64% респондентов, не употребляют 27%, делают это иногда – 9%.

Наличие хронических заболеваний имеют 13% опрошенных, их отсутствие - 87%.

Занимаются спортом или посильными физическими нагрузками 35% опрошенных, не занимаются спортом - 60%, занимаются иногда – 5%

Считают себя стрессоустойчивыми 65% учащихся, 17% респондентов подвержены стрессу, 18% иногда испытывают тревожность.

87% учащихся отрицают заболевание кариесом, у 13% имеется кариозное поражение одного или нескольких зубов.

Таким образом, проанализировав результаты анкетирования, мы сделали следующие выводы по профилактике заболеваний ЖКТ:



- более активно проводить пропаганду здорового образа жизни, мотивируя к избавлению от вредных привычек, таких как курение и употребление алкоголя;
- при ожирении снижать массу тела, соблюдая принципы рационального питания;
- разъяснять необходимость соблюдения трехразового режима питания, без перекусов и обильных приемов еды на ночь;
- для профилактики обострений мотивировать к отказу от употребления фаст-фуда и газированных напитков;
- рекомендовать пересмотреть свои пищевые пристрастия, отказаться от употребления острых блюд и копченостей, от употребления в пищу очень горячей пищи;
- своевременно санировать ротовую полость, проходить диспансерное наблюдение для профилактики развития осложнений;
- выполнять мероприятия по профилактике стресса: аутотренинг, занятие любимым хобби, прослушивание музыки, чтение книг, ароматерапия, расслабляющие массажи, занятия спортом (игры, посильные физические нагрузки).

Сделай правильный выбор – будь здоровым.

Представлена анкета, которая была использована для проведения исследования.

АНКЕТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения.

1. Пол: а) Женский, б) Мужской;
2. Возраст: а) 18- 30 лет, б) 31-40 лет, в) 41 – 50 лет, г) 51 – 60 лет, д) старше 60 лет;



3. Место жительства: а) город, б) сельская местность
 4. Сфера занятости: а) учащийся, б) работающий, в) пенсионер;
 5. Курение: а) да б) нет в) иногда;
 6. Употребление алкоголя: а) да б) нет в) иногда
 7. Наличие избыточного веса: а) да б) нет
 8. Соблюдение принципов рационального питания: а) да б) нет в) иногда;
 9. Кратность приема пищи: а) 3 раза в день в определенное время, б) всухомятку, с перекусами «на бегу», в) полноценный прием еды вечером;
 10. Употребление фаст-фуда и газированных напитков: а) да б) нет в) иногда;
 11. Употребление острых блюд и копченостей: а) да б) нет в) иногда;
 12. Употребление в пищу очень горячей пищи: а) да б) нет в) иногда;
 13. Наличие хронических заболеваний: а) да б) нет
 14. Занятие спортом или физические нагрузки, прогулки на свежем воздухе: а) да б) нет в) иногда
 15. Испытываете ли вы стресс на учебе, работе.
 16. Имеются ли у вас кариозные зубы.
- Спасибо за участие в опросе!

А.Дубогрей, Ю.Мигунова
Руководитель: преподаватель О.И.Рулла

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

В современном мире человек всё меньше внимания уделяет собственному здоровью. Сейчас на полках сетевых супермаркетов лежит множество продуктов, но в спешке никто не обращает внимания на их состав. Мало кто задумывается, насколько важно качество употребляемых в пищу продуктов для сохранения здоровья.

Давайте рассмотрим, каким должно быть здоровое питание современного человека.

Здоровое питание — это питание, которое обеспечивает рост, нормальную жизнедеятельность и развитие человека, укрепляет здоровье и обеспечивает профилактику различных заболеваний.

В современной науке проводится множество исследований, направленных на оптимизирование рациона питания для профилактики



множества известных хронических заболеваний таких как: диабет, ожирение, сердечно-сосудистые патологии и онкология.

Чтобы добиться эффективных и успешных результатов в сохранении и улучшении качества жизни, необходимо взять за основу принципы здорового питания. К ним относят следующие правила:

1. Максимально разнообразное питание, куда входят не только растительные культуры (яблоки, свёкла, курага, шпинат, хурма), но и мясо нежирных сортов (индейка, кролик)). Помимо этого, питание должно быть дробным (4-5 раз в сутки) и регулярным (в одно и то же время). Разнообразие продуктов в рационе положительно влияет на его пищевую ценность, так как различные продукты дополняют друг друга недостающими компонентами.

2. Ограничение потребления сливочного масла в кашах и на бутербродах (норма употребления сливочного масла — 10, а в некоторых случаях до 30 граммов в день). В случае превышения, подобный фактор служит подпиткой для возникновения прыщей, повышения холестерина и развития ожирения.

3. Ограничение избыточного потребления сахара, сладостей, кондитерских изделий, сладких напитков, десерта.

4. Общее потребление поваренной соли не должно превышать 5 г (одной чайной ложки) в день. Рекомендуется использовать йодированную или гранатовую соль (с точки зрения здоровья, она считается полезной, поскольку содержит свежий гранат, тимьян, розмарин, мяту, молотый имбирь и несколько других пряных трав, такая приправа способна укрепить иммунитет, улучшить пищеварение, работу мозга, привести нервную систему в порядок).

5. Следует отдавать предпочтение приготовлению продуктов на пару, путем отваривания, запекания или в микроволновой печи.

6. Необходимо уменьшить потребление жиров животного происхождения (чрезмерное увлечение насыщенными жирами может привести к инсульту и ожирению).



7. Овощи и фрукты ешьте несколько раз в день (не менее 500г в день). Они снабжают нас витаминами, которые защищают наш организм от воздействия вредных факторов окружающей среды.

8. Не злоупотребляйте алкоголем, потому что он влечёт за собой непоправимые последствия: гастрит, язву желудка, нарушение сердечной деятельности и психические расстройства.

9. Последний приём пищи должен быть не позднее, чем за 3 часа до сна.

10. Ежедневно занимайтесь умеренной физической нагрузкой, чтобы поддерживать вес тела в норме.

Помните не только о принципах, но и о том, что правильное питание необходимо в любом возрасте. Это связано с тем, что основой жизнедеятельности человеческого организма является постоянный обмен веществ между средой и организмом. Организм поддерживает свой гомеостаз, т. е. состояние устойчивого равновесия всех его органов и систем с окружающей средой, регулярно потребляя определенное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, воды, минеральных солей. При нехватке в организме определенных веществ, начинают расходоваться собственные.

В случае же избыточного поступления веществ в организм, начинают откладываться жировые запасы. Помимо этого, вместе с пищей в человеческий организм могут поступать вредные вещества.

Если рацион человека составлен правильно, рационально, то он меньше подвержен заболеваниям и легче с ними справляется. Рациональное питание способствует предупреждению раннего старения. А вот неадекватное питание наоборот является фактором риска развития многих хронических инфекционных заболеваний, которые в свою очередь становятся причиной большого процента инвалидизации и смертности среди работоспособного населения.



Деятельность нашего кружка направлена на изучение проблемы не информированности граждан в том числе, школьников, студентов, об основах и принципах здорового питания.

В изучении этой проблемы нам поможет федеральный проект «укрепление общественного здоровья», который входит в состав национального проекта «Демография» и часть мероприятий по формированию среды, которая повысит информированность граждан об основах и принципах здорового питания.

За последние 10-15 лет в Российской Федерации отмечены положительные перемены в питании населения за счет увеличения потребления мясных и молочных изделий, фруктов и овощей, продуктов, обогащенных нутриентами. Подобная инновация привела к значительному снижению дефицита ряда важных витаминов, а также стала благоприятным фактором для увеличения продолжительности и качества жизни населения.

Однако не решенными остаются проблемы: неадекватного питания, передающиеся из поколения к поколению. Нездоровые пищевые привычки закладываются у детей в семье и школе, и дети, в свою очередь, став взрослыми, с большей вероятностью сохраняют пищевое поведение, сформированное в детстве.

Подобный фактор провоцирует развитие алиментарно-обусловленных заболеваний: ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа и другое.

Помимо вышеперечисленного важную роль играет низкий уровень знаний населения о принципах здорового питания.

Для большинства россиян источником информации о здоровом питании являются средства массовой информации (газеты, журналы, теле- и радиопередачи, интернет-сайты) – 85%, только 11,7% населения получают информацию от лечащего врача или в центре здоровья, а 29% вообще не интересуются такой информацией.



Делая промежуточный вывод, можно сказать, что факторами, влияющими на формирование структуры питания населения, выступают:

1. Низкий уровень образованности населения по практическим аспектам организации здорового рациона на фоне достаточно высокой, но бессистемной информированности о важности и взаимосвязи питания и здоровья;

2. Отсутствие ориентиров в выборе здоровых и безопасных пищевых продуктов, низкий уровень знаний и умений в области технологий приготовления блюд в соответствии с принципами здорового питания;

3. Богатый ассортимент пищевой продукции высокой степени переработки с высокой энергетической ценностью, с избыточным содержанием простых сахаров, жиров, пищевой соли, низким содержанием пищевых волокон, витаминов и других биологически активных веществ;

4. Активная реклама в средствах массовой информации концентрирует внимание потребителя на пищевой продукции с высокой энергетической ценностью и избыточным содержанием критически значимых нутриентов, повышая её привлекательность и делая осознанный выбор продуктов и формирование здорового рациона менее вероятным;

5. Давление медиапространства, насыщенного противоречивой, недостоверной и некорректной информацией о питании, затрудняющее принятие основных решений в отношении своего рациона;

6. Преобладание привычных моделей неадекватного питания внутри семьи и социальных сообществ.

Мы в своей работе поставили целью выяснить на практике какие ошибки мы можем предотвратить в своей будущей деятельности на примере работы медсестры в образовательных учреждениях.

Для этого мы разработали анонимную анкету для учащихся и попросили их ответить на вопросы. Нами были опрошены около 100 человек. Результаты анкетирования мы отобразили в диаграммах, представленных на экране:



1) На вопрос о том «сколько раз в день вы питаетесь» – 70% опрошенных ответили, что питаются 1-2 раза в день и является отклонением от нормы.

2) «Завтракаете ли вы ежедневно?» - мнения разделились на три: 35% выбрали ответ «да»; 35% остановились на варианте «иногда»; 30% не завтракают вовсе.

3) Положительным окрасом обладает вопрос о том «Как часто вы кушаете свежие овощи и фрукты», так как 49% опрошенных употребляют их каждый день; 45% - 3-4 раза в неделю и всего 6% остановились на варианте «редко».

4) Следующий вопрос касался частоты потребления фастфуда и исходя из ответов - 88% выбирают изделия быстрого приготовления в качестве перекуса; 12% прибегают к данному удовольствию редко.

5) На вопрос о том «Что для вас означает правильное и полезное питание?» - 52% считают, что это регулярное, сбалансированное питание качественными и натуральными продуктами; 48% опрошенных думают о том, что это преимущественно питание качественными и натуральными продуктами, допуская употребление жирных и сладких продуктов.

Остальные вопросы также дали положительную динамику, свидетельствующую о верно направленных знаниях в сфере рационального питания среди студентов и школьников. Несмотря на это, доля опрошенных все же имеют дефицит теоретических и практических аспектов, касаемо здорового рациона.

- Проводя наши мероприятия, мы придерживаемся определенного механизма, отвечающего таким принципам, как:
 - возрастная адекватность
 - научная обоснованность и достоверность
 - вовлеченность в реализацию обучающих (просветительских) программ
 - культурологическая сообразность.



- Важна не только последовательность, структура и вид применимой программы. Большую роль в успешной реализации любого проекта играет мотивация.

Тренируемая сила воли способна сделать выбор в сторону здоровых продуктов более легким, приятным и в итоге привычным для потребителей. Однако, для полного осуществления плана, необходимо заручиться всесторонней поддержкой. Учитывая все психологические и индивидуальные особенности, мы создаем оптимальную среду, где оказывается практическая и консультативная помощь.

Реализация обучающих программ (просветительских) программ по вопросам здорового питания предполагает проведение комплекса мероприятий, позволяющих сформировать у обучающихся:

- представление о питании как важной составной части здорового образа жизни
- готовность соблюдать правила здорового рациона
- интерес к народным традициям
- чувство уважения к культуре питания своего народа и т.д.

Снова рассматривая другую сторону медали, значимой проблемой является и тот факт, что дети, подростки и взрослое население все чаще обращаются за информацией в различные тематические группы, на сайты и блоги в сети Интернет, которые в свою очередь могут дезинформировать и предоставлять устаревшие или неверные сведения.

Мы считаем, что работать над этим вопросом нам поможет санитарно-просветительская деятельность, которой мы занимались в школах, среди населения - готовили планы с учетом половозрастных различий, применяем множество видов образовательных программ по типу: раздачи памяток, проведения анкетирования и викторин, показа научных фильмов и теоретических основ. Всеми прилагаемыми усилиями, мы пытаемся доказать всем, что роль медицинской сестры в вопросах о здоровом питании и в целом, здоровом образе жизни – неоценимо велика.



Частично, мы доказали этот факт на недавно проводимых мероприятиях среди студентов нашего колледжа и среди школьников 1 школы города-курорта Кисловодска.

Целевыми аудиториями выступили: студенты 3 курса в возрасте от 16 до 18 лет и школьники 6-9 классов в возрасте от 12 до 15 лет.

Человек, выбирающий здоровый образ жизни, открывший для себя непревзойденные силы движения, однозначно говорит «нет» алкогольным напиткам, жирной пище, консервам, а также продуктам, прошедшим длительную кулинарную обработку и содержащим различные усилители вкуса.

Здоровое питание является субъективно значимым в сохранении и укреплении здоровья каждого человека. Для осознания всей важности сферы рационального питания необходима перестройка сознания, ломка старых представлений о здоровье, изменение стереотипов поведения и много другое.

«Здоровый человек бывает, несчастен, но больной не может быть счастлив. Здоровье – это ценность, без которой жизнь не приносит удовлетворения и счастья».

И.Каширин
Руководитель: преподаватель Г.А. Сотниченко

**МАССАЖ И ЛФК В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ
COVID-19**



Появление COVID-19 и распространение его по миру поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с развитием и введением новых подходов к диагностике, лечению и профилактике осложнений вызванных новым коронавирусом, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитации и вторичной профилактики. В настоящее время накопилось достаточное количество материала по эпидемиологии, клинических особенностях и лечении данного заболевания и его последствий.

Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двухсторонняя пневмония, но список клинических проявлений и осложнений на данный момент очень широк.

В рамках научно – исследовательской работы студенты нашего колледжа разработали тему «Массаж и ЛФК в комплексной реабилитации пациентов с неврологическими нарушениями после COVID-19».

Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутри альвеолярной экссудации.

Знание этиологии и патогенеза заболевания, критическая оценка клинических и диагностических особенностей способствовала выбору обоснованных, своевременных и адекватных методов медицинской реабилитации.

Начиная свою деятельность со сбора информации и формирования базы данных по данному направлению, студенты на протяжении первого полугодия 2021-2022 учебного года, изучали специфику заболевания: этиологию, патогенез, лечение, а так же лечение заболеваний органов дыхания и неврологические поражения организма, в результате перенесенного COVID -19, при помощи различных видов массажа и ЛФК.



В результате было принято решение, в своей исследовательской деятельности использовать ЛФК, классический лечебный и соединительнотканый массаж.

Различные виды массажа грудной клетки улучшают дыхательную функцию и снимают утомление дыхательной мускулатуры.

Массаж улучшает функцию внешнего дыхания, увеличивает насыщение артериальной крови кислородом, нормализует кортико-висцеральные взаимоотношения, кожно-мышечные и нервно-сосудистые реакции. Восстанавливает мышечный тонус пораженных конечностей, устраняет парезы и даже параличи, повышая питание и регенерацию тканей нормализуя работу нервной системы.

Массаж соединительной ткани при своевременном применении может стать существенным звеном в комплексном лечении заболеваний. С помощью соединительнотканного массажа можно добиться увеличения экскурсии грудной клетки и подвижности диафрагмы, восстановить крово-лимфообращение в паротичных конечностях, нормализовать структуру нарушенных тканей организма. Существенную помощь в лечении может оказать соединительнотканый массаж, когда имеются четко выраженные рефлекторные изменения в зонах соединительной ткани, подходя строго индивидуально к дозировке и к оценке общего состояния пациента.

Рефлекторные изменения соединительной ткани в основном выражены на дорзальной и вентральной поверхностях грудной клетки, на уровне 2-8 грудных и 3-4 шейных сегментов, а также в области живота и плечевого пояса. Максимальные изменения соединительной ткани находятся между лопатками в зоне третьего грудного сегмента, а также между позвоночником и 12 ребром - это так называемый «угол дыхания», в промежутке между основанием крестца и гребнем ости подвздошной кости с двух сторон позвоночника «спастический угол». Кроме того, имеются рефлекторные изменения соединительной ткани по краям лопаток, слева и справа от



позвоночника, на затылке, в области седьмого шейного позвонка, по ходу нижнего края реберной дуги.

Выраженные соединительнотканые изменения можно обнаружить в области грудины, особенно в месте соединения тела грудины с ее рукояткой и в местах прикрепления ребер к груди. При пальпации данные участки болезненны. Часто имеются соединительнотканые изменения над рукояткой грудины, в надключичной области, местах сочленения ключицы с грудиной, а также в углу между ключицей и латеральным краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Набухание соединительной ткани можно обнаружить также вдоль гребня таза и в области передней верхней ости подвздошной кости.

Лечение и в последующем реабилитация на разных этапах проводятся комплексно, в сочетании; ЛФК, массаж и физиопроцедуры.

Лечебная физическая культура (ЛФК) - метод лечения, состоящий из применения физических упражнений и естественных факторов природы с лечебно-профилактическими целями. ЛФК является частью не медикаментозной терапии, которая используется для лечения и реабилитации пациентов с различными патологиями. Для лечения разработаны упражнения, которые помогают лучше справиться с болезнью и уменьшить выраженность последствий

Лечебная физкультура оказывает положительное действие на все органы и системы организма. Основным видом ЛФК при таких патологиях является дыхательная гимнастика. Она направлена на:

- обогащение организма кислородом, улучшение газообмена;
- уменьшение интоксикации;
- улучшение отхождения мокроты;
- уменьшение бронхоспазма;
- нормализации мышечного тонуса;
- улучшение иннервации пораженных конечностей



Во время занятий человек выполняет упражнения со статическим, динамическим и локализованным дыханием. Каждый вид дыхания имеет свое назначение и активизирует работу той или иной области органов дыхания. Статическое дыхание влияет на работу дыхательных мышц. Динамическое дыхание способствует усилению вдоха и выдоха, тем самым раскрывая легкие. Локализованное дыхание направлено на работу определенного участка легких. В процессе занятий пациент учится произвольно изменять ритм и вид дыхания. ЛФК - это вспомогательный метод, который усиливает общий терапевтический эффект реабилитации после выздоровления от коронавируса.

На основе выше изложенного студенты колледжа разработали практическую методику при данной патологии. При сотрудничестве с ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница» была создана группа пациентов, перенесших вирусную пневмонию и COVID – 19 и имевших в анамнезе последствия неврологических нарушений, для проведения практического закрепления и подтверждения эффективности комплексного воздействия массажа и ЛФК при данной патологии.

Практический эксперимент проходил на базе ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России, где за время его прохождения пациенты получили по 10-12 процедур классического и 15–18 процедур соединительнотканного массажа, комбинируя и чередуя эти виды между собой. Также с пациентами были проведены теоретические и практические занятия по ЛФК, комплекс которых они затем выполняли самостоятельно, в домашних условиях. Возраст пациентов и тяжесть перенесенного заболевания сформированной группы из 46 человек был разносторонним.

По окончании проделанной работы все пациенты, без исключения, отмечали выраженный эффект данной методики. Значительное улучшение функции дыхания; глубины, частоты, оксигенации, отхождения мокроты, снижение спазма дыхательной мускулатуры, нормализации работы ОДА, которые проявлялись в появлении тепла и восстановлении мышечного тонуса



паратичных конечностей, повышение жизненной активности и физической трудоспособности.

Опыт проведенных исследований говорит о том, что данная методика комплексного воздействия массажа и ЛФК после перенесенного заболевания имеет высокую эффективность. Она может быть рекомендована не только к освоению студентами в учебном процессе, но и применима в практической медицине специалистами по массажу и ЛФК в качестве повышения эффективности реабилитационного процесса.

А.Мавлимбердиева

Руководитель: преподаватель С.А. Смирнова

ХИМИЯ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА. ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ

В наши дни проблема правильного питания наиболее актуальна. Значение питания в жизнедеятельности человека отражает выражение Г.Гейне «Человек есть то, что он ест», тем самым, подчеркивая исключительную роль питания в формировании тела и поведении человека. Характер питания оказывает влияние на рост, физическое и нервно-психическое развитие индивидуума, особенно в детском и подростковом возрасте. Правильное питание является абсолютно необходимым фактором для обеспечения нормального кроветворения, зрения, полового развития, поддержания нормального состояния кожных покровов, определяет степень защитной функции организма.

Одним из основных условий здорового питания является то, что продукты питания должны быть безопасными и соответствовать санитарным нормам. Каждый продукт должен иметь свои пищевые достоинства, содержать полезные для человека питательные вещества. Мы привыкли к тому, что у каждого продукта есть свой неповторимый вкус и запах. Так было всегда, но не сегодня. Мы живём во время внедрения новых пищевых технологий, когда любому продукту можно придать нужные консистенцию, вкус, запах и даже задать срок хранения.



Не секрет, что цель производителя товаров – далеко не здоровье граждан, а желание заработать максимальное количество денег на продаже своей продукции. Именно поэтому на этикетках частенько встречаются незнакомые слова и какие-то буквы с цифрами. Я потенциальный покупатель и поэтому должна знать все о качестве покупаемого товара и его составе. В рамках работы кружка по химии студенты 1 курса специальности «Сестринское дело» на базе основного образования занялись исследованием данных вопросов.

Желание потребителя постоянно пробовать что-то новое и вкусное породило целую индустрию по производству незнакомых ранее полуфабрикатов, консервов и всевозможных готовых закусок. С появлением огромного ассортимента продуктов возникла и необходимость внимательно изучать их состав, от которого зависит наше здоровье. Словосочетание «пищевые добавки» пугает многих. Однако люди стали применять их много тысячелетий назад. Это не касается сложных химических веществ. Речь идет о поваренной соли, молочной и уксусной кислоте, пряностях и специях. Они тоже считаются пищевыми добавками. Например, кармин – краситель, получаемый из насекомых, использовался еще в библейские времена для придания продуктам пурпурного цвета. Сейчас вещество именуется E120. До 20 века при производстве продуктов старались использовать лишь натуральные добавки. Постепенно такая наука, как пищевая химия, стала развиваться, и искусственные добавки заменили большую часть натуральных. Производство улучшителей качества и вкуса было поставлено на поток. Поскольку большинство пищевых добавок имело длинные названия, которые сложно было уместить на одной этикетке, для удобства Европейским союзом была разработана особая система маркировки. Название каждой пищевой добавки стало начинаться с «Е» – буква означает «Европа». После нее должны следовать цифры, которые показывают принадлежность данного вида к определенной группе и обозначают



определенную добавку. Впоследствии система доработалась, а затем ее приняли для международной классификации.

Пищевые добавки – это синтетические химические или натуральные вещества, которые самостоятельно не употребляются в пищу, а только вводятся в продукты, чтобы придать определенные качества, например, вкус, консистенцию, цвет, запах, продолжительность хранения и внешний вид. О целесообразности их использования и влиянии на организм ведется много разговоров. На прилавках магазинов почти невозможно найти продукты, в которых не содержится пищевых добавок. Их кладут даже в хлеб. Исключением является натуральная еда – мясо, крупы, молоко и зелень, но даже в этом случае нельзя быть уверенными, что в них нет химии. Например, нередко обрабатывают консервантами фрукты, что позволяет надолго сохранить товарный вид.

Количество пищевых добавок растет с каждым днем. Новые эффективные и безопасные вещества вытесняют старые. Например, в последнее время популярными становятся комплексные добавки, которые состоят из смеси добавок. Каждый год списки разрешенных добавок пополняются новыми. Такие вещества после буквы Е имеют код больше 1000.

При производстве кисломолочных продуктов используются биологически активные добавки. Не стоит их путать с пищевыми добавками. Первые, в отличие от вторых, могут употребляться отдельно, как дополнение к пище. Они могут быть природными или идентичными им веществами. В России БАДы относят к отдельной категории пищевых продуктов. Главным их назначением, в отличие от обычных пищевых добавок, считается оздоровление организма и обеспечение его полезными веществами.

За маркировкой Е скрывается не только вредная и опасная химия, а и безобидные и даже полезные вещества. Не стоит бояться всех пищевых добавок. Многие вещества, выступающие в качестве добавок – это экстракты натуральных продуктов и растений. Например, в яблоке есть много веществ,



которые обозначают буквой Е: аскорбиновая кислота – Е300, пектин – Е440, рибофлавин – Е101, уксусная кислота – Е260. Несмотря на то, что в яблоке содержится много веществ, которые входят в перечень пищевых добавок, опасным продуктом его назвать нельзя. То же касается и других продуктов. Рассмотрим одни из популярных, но полезных добавок.

- Е100 – куркумин. Помогает контролировать вес.
- Е101 – рибофлавин, он же витамин В₂. Принимает активное участие в синтезе гемоглобина и обмене веществ.
- Е160d – ликопин. Укрепляет иммунитет.
- Е270 – молочную кислоту. Обладает антиоксидантными свойствами.
- Е300 – аскорбиновая кислота, она же витамин С. Помогает повысить иммунитет, улучшает состояние кожи и приносит много пользы.
- Е322 – лецитин. Он поддерживает иммунитет, улучшает качество желчи и процессы кроветворения.
- Е440 – пектин. Очищают кишечник.
- Е916 – йодат кальция. Применяется для обогащения йодом продуктов питания.

Но, к сожалению, вредных добавок намного больше, чем полезных. В их число входят не только синтетические вещества, но еще и натуральные. Вред пищевых добавок может быть велик, особенно если их употреблять с продуктами регулярно и в больших количествах. Жёлтый тартразин (Е102) используют в качестве красителя в мороженом, сладостях, газированных напитках, йогуртах. Он способен вызывать сильные аллергические реакции, мигрени и нервное возбуждение. Очень опасен для детей. Цитрусовый красный (Е121) добавляют в газированные напитки, леденцы, мороженое. Является мощным канцерогеном. Запрещён в большинстве стран. Амарант (Е123) – тёмно-красный краситель. Он является химической пищевой добавкой, поражающей печень и почки, провоцирующая развитие сильных аллергических реакций, хронического насморка и онкологических заболеваний. Она чаще всего используется в приготовлении продуктов,



которые очень любят дети – желе, десерты, пудинги, мороженое, сухие завтраки, кексы и так далее. Формальдегид (E240) применяется в качестве консерванта при изготовлении мясных и колбасных изделий, различных напитков (газированная вода, холодные чаи, соки) и сладостей (десерты, леденцы, жевательные резинки, желе). Он оказывает канцерогенное действие, вызывает поражение нервной системы, аллергии и интоксикацию организма. Броматы калия и кальция (E924a, E 924b) служат улучшителями и окислителями в производстве хлебобулочных изделий, а также пеногасителями в газированных напитках. Они обладают мощным канцерогенным эффектом.

Для каждой пищевой добавки определена допустимая суточная доза, при которой здоровью человека не будет нанесён вред. Но загвоздка состоит в том, что чаще всего производители на упаковках не пишут содержание вещества в продукте. Полный состав можно узнать только в специальных лабораториях. Там же произведён точный расчёт добавки на данное количество продукта. Существует правило распределения ингредиентов по убыванию – то вещество, которое содержится в наибольшей концентрации, в составе указывается первым, а которого меньше всего – последним. Очень часто производители, чтобы скрыть недостатки товара, добавляют в него пищевые добавки не по технологии, а до доведения «товарного вида». Таким образом, они даже сами не знают, сколько содержится в них химикатов. И на упаковках не всегда указывают точный состав продукта.

В ходе кружковой работы было проведено анкетирование 150 студентов 1 курса специальности «Сестринское дело» на базе основного общего образования. Результаты анкетирования представлены в виде диаграммы.

Хотя большинство студентов знают о пищевых добавках, но они при покупке продуктов редко заглядывают в состав, прописанный на этикетке. В основном обращается внимание на срок годности.



На сегодняшний день добавки настолько заполнили рынок пищевой продукции, что даже сложно сказать, где они не содержатся. Полностью отказаться от продуктов, продаваемых в магазинах тоже практически невозможно, особенно если это относится к городским жителям. Поэтому нужно стараться свести к минимуму употребление всевозможных Е.

В ходе исследовательской работы нами разработана памятка потребителя, где указаны полезные советы:

- 1 - перед покупкой продукта лучше заранее изучить его точный состав;
- 2 - следует всегда помнить о том, что чаще всего химикаты представляют опасность при употреблении их в большом количестве, будь то полезная или опасная добавка;
- 3 - воздействие добавок на организм зависит от возраста и веса человека;
- 4 - во время болезни или при ослабленном иммунитете химические вещества наносят больше вреда, поэтому при таких состояниях употребление их лучше ограничить;
- 5 - волокна растительной клетчатки, благодаря содержащемуся в них пектину, очищают организм от токсинов и шлаков. Поэтому каждый день нужно кушать свежие овощи и фрукты;
- 6 - при тепловой обработке напичканные химикатами продукты могут образовывать и выделять опасные вещества. Наиболее вредными в этом плане являются аспартам (Е951) и нитрит натрия (Е 250). Перед тем, как жарить или варить продукт, необходимо внимательно изучить его состав;
- 7 - не стоит употреблять в пищу ярко окрашенные продукты, овощи и фрукты не по сезону;
- 8 - нужно обязательно ограничить употребление продуктов, богатых пищевыми добавками, детьми до пяти лет (колбасные и мясные изделия, сырки, десерты, желе, йогурты, приправы и бульонные кубики, лапша быстрого приготовления, хлопья и так далее);
- 9 - самое главное, всего должно быть в меру – не нужно совсем избегать продуктов с добавками, но и сильно увлекаться колбасой, чипсами и фантой



тоже не стоит. Организм в нормальном состоянии способен без вреда для здоровья переработать небольшое количество химикатов. Их опасные эффекты начинают проявляться при систематическом употреблении продуктов с красителями и заменителями.

Пищевые добавки и здоровье человека – понятия, которые начинают связывать все чаще. Проводится много исследований, в результате которых выявляется немало новых фактов. Современные ученые считают, что увеличение в рационе искусственных добавок и уменьшение употребления свежих продуктов является одной из основных причин увеличения случаев заболеваемости раком, аллергией, ожирением, диабетом и депрессией.

Пищевые добавки содержат практически все продукты, стоящие на прилавке в магазинах – колбасы и мясные полуфабрикаты, соленья, консервы, фрукты и овощи, различные сладости (мороженое, конфеты, десерты, желе, йогурты, сырки) и даже хлеб.

За немалую историю существования, пищевые добавки доказали свою полезность. Они сыграли немалую роль в улучшении вкуса, срока хранения и качества продуктов, а также в улучшении других характеристик. Существует немало добавок, способных не лучшим образом сказываться на организме, но игнорировать пользу подобных веществ будет тоже неправильно. Благодаря исследованиям специалистов, в списки разрешенных и запрещенных добавок регулярно вносятся изменения. За подобной информацией желательно следить постоянно, поскольку недобросовестные производители, дабы уменьшить себестоимость товара, нарушают технологии производства.

Итогом исследовательской работы является памятка потребителю в виде буклета, в которой содержится информация о полезных и вредных пищевых добавках, приведена таблица с влиянием добавок на организм и содержатся некоторые советы. В заключении хотим сказать: если на этикетке продукта вы заметили неизвестный вам индекс – воздержитесь от такой покупки. В вопросах правильного питания и здоровья желание



удовлетворить сиюминутную страсть и полакомиться вкусной гадостью не может быть оправданным риском.

Д.Мирзоян, К.Леонтьев
Руководитель: преподаватель А.И. Мачкина

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КОСТЮМЫ АНГЛОГОВОРЯЩИХ СТРАН

В медицинском колледже дисциплина «Иностранный язык» не всегда у всех считается главной для изучения, поэтому важно не только убедить всех в ее важности, но и вызвать к ней живой интерес. На протяжении года в нашем кружке занималось 14 студентов различных специальностей. Тема кружка «Традиции и обычаи англоговорящих стран» была выбрана не случайно.

Во все времена у разных народов праздник был особым событием, его выделяли среди остальных будних дней и он имел особое значение в жизни семьи, всего общества, страны. На протяжении долгих лет в каждой национальной культуре сохранилось множество памятных дат, и появилось немало способов отмечать ту или иную дату.

Одной из причин, по которой мы отмечаем какие-либо события, заключается в том, чтобы вспомнить наших предков и черты прошлых времен. Празднуя что-либо, мы показываем свое уважение к людям, игравшим особую роль в историческом процессе страны. Мы обогащаем наши знания, узнаем много нового из истории и культуры страны. Но традициям свойственно меняться в некоторых случаях. Внося что-то новое в празднование какой-либо памятной даты или заимствуя какую-либо традицию у других народов, мы объединяем людей между собой. Таким образом, другие народы приобщаются к культуре той страны, в которой живут, не забывая и о своих собственных культурах и традициях.

В англоговорящих странах существует свыше 200 праздников, их разделяют на официальные государственные, религиозные и неофициальные, то есть не имеющие официальные выходные.



Также в каждой стране существуют традиционные национальные костюмы, о которых мы хотим Вам сегодня рассказать. У англичан есть узнаваемая английская форменная одежда. Это, например, костюм бифитеров (Beefeaters- букв, «мясоеды») - расшитый золотом алый камзол, чулки и черная круглая шляпа с полями, - который носят стражники лондонского Тауэра, красные туники и шапки из медвежьих шкур королевской гвардейской пехоты; белые рубашки и бриджи до колен исполнителей танца моррис.

У многих Америка ассоциируется с ковбоями и именно одежда ковбоев стала национальным костюмом Америки. Шляпы, кожаные штаны и куртки с бахромой, сапоги со шпорами — образ американца-старожила. Обязательным элементом женского ирландского костюма было платье яркого зеленого цвета. Его фасон выгодно подчеркивал грудь и линию талии, а вниз шла расклешенная юбка, которая могла быть как просто зеленого цвета, так и в полоску.

Для мужских одеяний характерными были два комплекта нарядов. Первый вариант представлял собой костюм, состоящий из пиджака и брюк. Обязательным считалось ношение черного галстука. А второй вариант традиционной одежды для ирландских мужчин был более экстравагантным, так как вместо брюк ирландцы использовали юбки-кильты в полоску или клетку.

Шотландский национальный костюм представляет собой гармоничное сочетание различных деталей, что делает его очень эффектным. Древние традиции заметно подчеркиваются всеми этими деталями. Обязательно, кроме килта, национальный шотландский костюм включает также спорран, широкий ремень с массивной бляшкой, хосы с флешами, твидовый жакет, берет, килтпин и бруги (туфли с длинными шнурками). В зависимости от события, добавляются другие детали или меняются прежние.

Верхняя одежда жительниц Уэльса состояла из **приталенного жакета с длинными рукавами и оборкой на талии**. Если вещь была с короткими



рукавами, под низ одевали красиво отделанную рубашку. Пиджаки шили двух моделей – просторные и длинные, с открытым лифом, или короткие, напоминающие сюртук для езды на лошади. **Жительницы Уэльса носили две юбки** – нижнюю фланелевую и верхнюю шерстяную, теплая одежда напоминала британский редингот и застегивалась на запах, а длинные полы для удобства поднимали вместе с верхней юбкой и закрепляли на поясе. Нарядный вариант изготавливали из черного шелка с изысканной вышивкой. В повседневной жизни валлийки почти всегда использовали для пошива костюма ткани в полоску.

На голове женщины носили **чепцы, отделанные кружевом**. Вторым слоем повязывали **теплый платок**, с конца 1840-х сверху надевали шляпу, которая могла быть соломенной или фетровой (касторовой), сделанной из волоса бобра. Со временем шляпа стала походить на мужской цилиндр, за что и получила шутовское название «**шляпа трубочиста**».

В 19 веке образ валлийки ассоциировался с суровой женщиной в ярко-красной накидке и черной шляпе. Такая одежда стала стремлением уэльсцев выразить свою самобытность на фоне подъема национального самосознания и поддержать свою культуру, терпящую частичную утрату традиционных ценностей. **К началу 20 века шляпы вышли из моды**, и встретить даму в цилиндре можно было лишь в отдаленной местности.

Мужчины надевали собранные ниже колен **штаны из сукна или кожи**. **Нарядная рубашка** была белой, с утонченным отложным воротником. Дополнял гардероб **яркий галстук и жилет** в поперечную полосу, завершал образ длинный серо-голубой сюртук, сшитый из плотного дмотканного материала. **Шляпы** были идентичны с женскими, но отличались широкими полями. На плечах валлийцы носили **плед**, его закидывали через плечо и закрепляли широким ремнем. Поскольку в Уэльсе овцы – основной источник **шерсти**, из нее и делали подавляющее большинство тканей. Красители производили из подручных растений: красный – из сорняка куколя, коричневый – из мха, произрастающего в горах.



Особое внимание уделялось **шалям** – их изготавливали с огуречным орнаментом, заимствованным из индийской культуры. К шалям пришивали кайму, чуть позже объемные платки стали еще изысканнее, а их производство было налажено в Париже и Шотландии. Из Уэльса в Европу пришел обычай носить ребенка в шали.

В качестве национального костюма Канады можно выделить костюм индейцев, проживавших на территории Канады до ее колонизации.

Первоначально, в Северной Америке было много различных традиционных стилей одежды. Почти у каждого племени индейцев был его собственный отличительный стиль платья, и люди могли часто определить из какого племени человек по одежде, головным уборам, и украшениям.

Солнечный Головной Убор является самой эффектной составляющей частью национального костюма не только индейцев прерий и плато, но и всех индейских народов США и Канады.

До того момента, как на австралийскую землю не ступила нога первого европейца, местных жителей не особо волновал вопрос об одежде. Мужчины носили пояс из человеческих волос, украшенный раковиной.

Женская одежда состояла из передника. Раскаленный песок послужил поводом для изобретения сандалий.

Современные традиционные одеяния австралийцев практичны и свободны, имеют произвольный характер. Исключения составляют лишь торжественные случаи.

Проанализировав литературу по национальным костюмам Англоговорящих стран, мы определили, что не существует одного, общего костюма, который объединял бы все страны. Каждая из них придерживается своих особых традиций и ревностно сохраняет свою самобытность и дух страны. Хотя наблюдается некоторое сходство между костюмами Шотландии и Северной Ирландии. Самая большая и богатая история костюма в Англии. Нельзя и обойти вниманием тот факт, что как ни один другой национальный костюм, английский любим и популярен во всем мире.



Остальные же костюмы остаются достоянием и гордостью только своей страны. Но традиции по отношению к национальному костюму строго чтятся и сохраняются.

Э.Ряснова, Б.Филатов, Д.Марьяненко
Руководители: преподаватели И.В. Маломужева, А.Б. Стахова

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИКОВ НА ОРГАНИЗМ ПОДРОСТКА

Людей, употребляющих энергетические напитки с каждым годом становится все больше и больше. Это «спасение» для студентов в период сессии, уставших водителей, для тех, кто очень устал на спортивных площадках, в тренажёрных залах. Воздействие энергетических напитков на организм человека и определения его пользы и вреда актуально. Существует мнение, что энергетический напиток наполняет бодростью, улучшает настроение и дает силы организму. Они действительно помогают взбодриться и зарядиться энергией на целый день. Но так ли они безопасны, как кажутся? Давайте разберемся в этом вместе. А также выясним, в чем заключается их вред и польза.

Люди пользовались природными стимуляторами с древнейших времён. На Ближнем Востоке это был кофе; в Юго-Восточной Азии и Китае – чай; в Индии пили и чай, и кофе; в Южной Америке – мате, в Африке – орехи кола. На Дальнем Востоке, в Сибири и Монголии и сегодня популярны такие стимулирующие растения, как лимонник китайский, элеутерококк, женьшень, аралия. Были и сильные стимуляторы – например, эфедрa - в Азии, и кока – в странах Южной Америки.

В 1929 году в Великобритании энергетический напиток, предположительно, ускорявший выздоровление, давали пациентам в больницах. Но в открытой продаже жители Великобритании смогли их приобрести лишь в 1980 годах.



В Японии первые энергетические напитки поступили в продажу в начале 60-х годов XX века; они продавались в бутылках из темного стекла, похожих на те, в которых продают лекарства.

В США энергетические напитки начали продавать в 1985 году.

В России рынок энергетических напитков стал формироваться в конце 90-х. Первые энергетические коктейли начали продаваться в Санкт-Петербурге и Москве.

Реклама напитка говорит о нем только позитивную информацию. Энергетические напитки не обязательно алкогольные, бывают и безалкогольные, и поэтому продаются без ограничения людям всех возрастов. Энергетики – это безалкогольные или слабоалкогольные напитки, обладают способностью *стимулировать центральную нервную систему человека и повышать работоспособность*. Чаще всего они продаются в обычных алюминиевых банках объемом 0,5 и 0,33 литра, на вкус напоминают обычную подслащенную газировку с довольно приятным кисло-сладким вкусом, но мало кого интересует, что же скрывается под этим приятным вкусом и как влияют *энергетики* на здоровье человека.

Цель нашего исследования: Выяснить влияние энергетических напитков на организм подростка.

Задачи проекта:

1. Изучить различные источники информации о происхождении и составе энергетических напитков.
2. Исследовать влияние энергетических напитков на организм подростков.
3. Провести анализ результатов и сделать выводы.

Мы провели анкетирование среди студентов, чтобы выяснить, что знают подростки о влиянии энергетических напитков на организм.

1. На вопрос, употребляете ли вы энергетики?

Большинство ответили «да».



2. На вопрос знаете ли вы состав энергетических напитков? Большинство опрошенных не интересуется состав этих напитков.

3. На вопрос как часто вы употребляете энергетики? Большинство ответили, что «часто».

4. На вопрос знаете ли вы, как влияют энергетические напитки на ваш организм? Ответы показали, что большинство ответили «не знаю».

5. Укажите возраст, когда вы впервые употребили энергетические напитки. Вопрос о возрасте показал, что большая часть опрошенных начала принимать энергетики подростками.

Итак, проведенное анкетирование показало, что большинство студентов употребляющих энергетики не знают об их влиянии на организм.

Что все такое входит в состав напитков?

Энергетики содержат:

- Кофеин (который содержится в больших количествах и является психостимулятором)
- Сахар.
- Витамины группы В и Д.
- Вторичные аминокислоты (карнитин, таурин)
- Экстракты трав – психостимуляторов.

В зависимости от количества данных веществ попавших в организм проявляется их положительное и отрицательное действие.

Мы решили узнать, как энергетические напитки влияют на работу головного мозга, нервную систему подростка.

Мы предложили студентам 2 курса поучаствовать в эксперименте (7 человек). Эксперимент проходил во время занятий. Студентам, которые описывали свое состояние как: устал, хочу спать, закрываются глаза и т.д. предлагали выпить 0,33 мл энергетического напитка и оценить изменения своего состояния через 15 минут. После употребления энергетика,



действительно наступало бодрое состояние, улучшалась концентрация внимания, проходило чувство усталости, особенно у тех, кто употреблял напиток на голодный желудок.

Однако состояние бодрости длилось около 3 часов, после этого появлялась более сильная усталость и сонливость. Это говорит о том, что энергетики стимулируют организм к выработке собственной энергии за счет внутренних резервов.

Таким образом, энергетические напитки действительно, положительно влияют на многие функции мозга. Улучшают настроение, придают бодрость, увеличивают концентрацию внимания, но это достигается за счет употребления больших объемов кофеина. Взяв в долг сил у организма, рано или поздно придется их отдавать обратно. Когда действие напитка закончилось, участники эксперимента отметили, что появилась сильная усталость и желание выспаться.

Мы исследовали также влияние энергетических напитков на сердечно-сосудистую систему подростка.

В эксперименте на добровольной основе приняли участие 9 разновозрастных студентов.

Мы предложили выпить участникам эксперимента порцию энергетика объемом 0,25 л, затем замерили артериальное давление и частоту сердечных сокращений (пульс) до и после приема энергетического напитка на трех этапах:

- до начала эксперимента.
- через 5 минут после употребления энергетика.
- через 20 минут после употребления энергетического напитка.

Сразу после принятия энергетика у испытуемых в среднем возросла ЧСС даже в состоянии покоя из-за наличия в напитке стимулятора – кофеина.

Показатели артериального давления после принятия препарата также изменились: у части испытуемых (19-20 лет) выросла верхняя граница АД, у других – нижняя АД, что негативно влияет на мышцы и сосуды сердца



(нестабильность артериального давления постепенно их изнашивает и приводит к инфарктам).

Через 20 мин после употребления энергетика показатели АД в среднем нормализовались, но не у всех. У испытуемых показатели возросли по сравнению с первыми двумя замерами по причине их состояния здоровья (ВСД).

У самых юных участников эксперимента - 3 человека (16 лет) АД не только не нормализовалось, но и возросло, причем оба показателя. Это лишний раз доказывает, как негативно влияет энергетик на растущий и неокрепший организм.

Частота сердечных сокращений через 20 мин после принятия энергетика, больше, чем у половины испытуемых, оставалась завышенной по сравнению с показателями первого этапа.

Вывод: Подросткам, имеющим заболевания сосудистой системы, категорически запрещено употреблять энергетические напитки, Каждый организм индивидуален и непредсказуем, трудно предположить, как среагирует он в той или иной ситуации на разные компоненты входящие в состав напитка и объем потребления энергетических напитков.

По результатам нашего исследования можно сделать вывод, что употребляя энергетические напитки, мы, даже не задумываясь об их составе и влиянии на свой организм. Ошибочно полагать, что бодрящий напиток добавляет энергии – на самом деле он приносит еще большее истощение.

Максимум вреда от такого воздействия наносится нервной и сердечно-сосудистой системам. Заставляя надпочечники постоянно выделять адреналин, энергетик искусственно стимулирует работу всех органов и систем.

Более того, с уверенностью можно утверждать, что иногда и разовое употребление энергетиков может негативно сказаться на нашем состоянии. Мы считаем, что грамотный подход к тому, что мы пьем, позволит в дальнейшем избежать проблем со здоровьем. Сегодня всё зависит только от



нашего выбора: употреблять энергетические напитки или нет. Помните, что, употребляя энергетические напитки, человек обманывает собственный организм.

ПАМЯТКА.

Употреблять или не употреблять такой напиток – дело каждого. Но если вы уже держите банку в руках, обязательно учтите следующее:

1. Не вся информация, указанная на банке, правдива. На самом деле энергетический напиток не содержит в себе никакой энергии, результат достигается за счет высвобождения энергии, которую приберегал на черный день ваш организм.
2. Вспомните о противопоказаниях и подумайте – пить или не пить, а лучше посоветуйтесь с врачом.
3. Примерно подсчитайте количество кофеина, поступившего в организм с кофе или с чаем до этого, сравните с дозой в составе энергетика, сравните с безопасной дневной дозой (до 400 мг кофеина в день – это две чашки кофе, для подростка – 45 мг кофеина, поэтому энергетика очень опасны для растущего организма, противопоказаны и запрещены).
4. Не продлевайте энергетический эффект с помощью увеличения порции напитка.

К.Сеткина

Руководитель: преподаватель Л.А. Чемеринская

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА – АМЕНОРЕЕ

По результатам статистики последних пяти лет, получены данные стремительного роста заболеваемости аменореей, что бесспорно говорит об актуальности проблемы. Меня очень заинтересовала данная тема, и я поставила перед собой несколько задач: изучить теоретические основы причин, проявлений, течения и последствий аменореи, определить причины стремительного роста заболеваемости по стране, а главной целью моей



исследовательской работы стало выяснить, что может сделать медицинская сестра, чтобы улучшить ситуацию.

Необходимость срочного принятия мер продиктована тяжелыми последствиями этого недуга, такими как: нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, внематочная беременность, рак матки, остеопороз, депрессия, раздражительность, признаки климакса. Но и это не самое страшное.

Всем известно, что репродуктивная функция является главной, ведь именно благодаря ей становится возможным продолжение рода, и от неё напрямую зависит рождаемость во всём мире. Из этого следует, что самым страшным последствием аменореи является бесплодие женщины.

Повышение количества женщин с аменореей возникает по разным причинам, их сотни, однако, ясно одно – для снижения показателей заболеваемости необходимо учить женщин бережно и внимательно относиться к своему здоровью.

Кратко разберёмся, что такое аменорея. Согласно современному определению, аменорея – это наиболее тяжелая форма патологии менструальной функции, которая проявляется, главным образом, в отсутствии менструаций у женщин репродуктивного возраста. Это не всегда самостоятельное заболевание, иногда это симптом патологии различных уровней репродуктивной системы или других нейроэндокринных заболеваний, доброкачественных и злокачественных новообразований.

Итак, аменорея бывает истинной и ложной, истинная может быть физиологической или патологической, патологическая подразделяется на первичную и вторичную, а первичная бывает с ЗПР и без ЗПР. В случае физиологической аменореи – данное состояние проходит самостоятельно и не требует лечения, а также не считается патологией. В случае остальных видов аменореи лечение необходимо.

Причинами развития различных форм аменореи могут являться: задержка физического или умственного развития, врожденные аномалии



половых органов, дистрофия, ожирение, психологические стрессы, изнурительные нагрузки, перенесенные в детстве инфекционные заболевания, гормональные нарушения функции яичников, надпочечников и щитовидной железы, поликистоз, гиперпролактинемия, системные патологии, андрогенитальный синдром, резкое прекращение приема некоторых лекарственных средств.

Заподозрить данное заболевание у себя женщина может самостоятельно по нескольким признакам: отсутствие менструаций, гирсутизм, ожирение, повышенная жирность кожи, угри, аномалии или задержка развития вторичных половых признаков, признаки дисфункции щитовидной железы, надпочечников, гипофиза, вегетативные расстройства, гипергидроз ладоней и стоп, нарастающая слабость, эмоциональная нестабильность.

Важно помнить, что не все жалобы и симптомы обязательно должны проявляться в полном объеме. В каждом конкретном случае у женщины будет свой индивидуальный набор признаков, указывающих на аменорею. При первых проявлениях необходимо незамедлительно обратиться к врачу гинекологу или эндокринологу-гинекологу.

Своей исследовательской работе я уделила особое значение, так как мне хотелось привлечь к ней как можно больше женщин не только города Кисловодска, но и всей России. Так как моя исследовательская работа включала в себя не только манипуляции с обязательным очным присутствием пациенток, то я использовала современные достижения информационной сферы для дистанционного проведения первичной и вторичной профилактики аменореи.

I. Для дистанционной исследовательской работы я создала группу в социальных сетях, в которую предлагала вступить всем женщинам любого возраста для прохождения опросов и анкетирования, а так же изучения материалов по теме «Аменорея, причины, факторы риска, проявления, осложнения и способы предотвращения данного заболевания».



В созданную мной группу вступило свыше 1000 человек. В группе я размещала ссылки на создаваемые мной конференции и групповые звонки, предварительно оповестив о времени проведения и теме лекции / семинара.

Чтобы исключить невозможность присоединиться к конференции из-за отсутствия того или иного мессенджера я проводила групповые звонки используя различные приложения, а также личную текстовую переписку с некоторыми женщинами.

При вступлении в группу каждая женщина отвечала на один и тот же вопрос, который разделял женщин на 4 группы. С первыми двумя группами я проводила профилактику первичного возникновения аменореи, со вторыми двумя – профилактику повторного возникновения.

В первом случае я восполняла дефицит знаний о заболевании, проводя развернутый и всесторонний курс лекций по первичной профилактике аменореи, семинары по интересующим вопросам, а прежде – проводила анкетирование, и уже по итогам усвоения новых знаний - раздавала памятки (в электронном варианте).

Во втором случае я проводила уже вторичную профилактику, отвечая и консультируя по вопросам осуществления прописанного врачом лечения, убеждая в благополучном исходе заболевания, приводя наглядный пример успешного излечения, а также проводила курс лекций по недопущению повторного заболевания и осложнений.

Для женщин, проходящих лечение живой пример выздоровления и избавление от аменореи стал стимулом и мотивацией продолжать бороться за своё здоровье и придерживаться всех рекомендаций врача. Они также поняли важность соблюдения графика приёма препаратов, осознали значимость образа жизни и мышления в процессе выздоровления и на протяжении всей жизни.

Анкеты, которые заполняли участницы 1 и 2 групп, включали в себя по 20 вопросов, которые были направлены на выявление факторов риска и первых проявлений аменореи. После их выявления я разделяла женщин по



группам с одинаковыми вредными привычками и предлагала прослушать лекцию или посмотреть фильм о вреде здоровью того или иного пагубного пристрастия.

Заранее мною были подобраны видеоролики, в которых очень наглядно показывались все их негативные последствия воздействия на организм. Многие женщины даже не задумывались об этом, но после просмотра видеоролика, изъявили желание попытаться избавиться от своих вредных привычек.

Помимо исследовательской работы, проводимой лично мной, я привлекла врача акушера-гинеколога, которая провела для моих подписчиц бесплатный вебинар, где подробно рассказала о проблемах зачатия, самых важных гормонах для женщины, профилактике бесплодия и осветила множество других вопросов, касающихся аменореи и нарушений менструального цикла.

Таким образом, женщины со всей страны, изъявившие желание узнать, что такое аменорея и обезопасить себя от этого диагноза, смогли полностью восполнить свой дефицит знаний, научились самостоятельно видеть факторы риска и устранять их.

II. Вторая составляющая моей исследовательской работы проходила в очной форме. Проводя первичную профилактику аменореи, я:

- снижала уровень и последствия действия психосоциального стресса;
- создавала информационно-пропагандистскую систему знаний о негативном влиянии факторов риска на здоровье женщины;
- принимала меры по снижению распространенности курения, потребления спиртных напитков, профилактике потребления наркотических веществ и средств;
- обучала навыкам здорового образа жизни;
- привлекала женщин к занятиям физической культурой;
- принимала меры по предупреждению развития профессионально-обусловленных заболеваний и травм;



- призывала к посещению врачей-гинекологов и профилактическим осмотрам для раннего выявления факторов риска или первых признаков заболеваний и профилактики их возникновения;
- проводила профилактические беседы по оздоровлению, укреплению и безопасному поэтапному закаливанию организма для профилактики системных нарушений и частых заболеваний.

Моя исследовательская работа по предупреждению повторного возникновения аменореи заключалась в следующем:

- обучение пациенток знаниям и умениям, связанным с приёмом некоторых препаратов, объяснение особенностей приёма прописанных препаратов в зависимости от приёма пищи, времени суток, жидкости для запивания и верной дозировки;
- объяснение пациенткам важности соблюдения некоторых ограничений во избежание осложнений и повторного возникновения заболевания;
- объяснение важности прохождения регулярных медицинских и гинекологических осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, а также выявления любых заболеваний на начальных стадиях для обеспечения успешного излечения от них;
- выписывание направлений на оздоровительные и лечебные мероприятия, а также проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления;
- формирование стремления поддерживать достигнутый результат.

Помимо всего вышеперечисленного я проводила профилактические беседы с родственниками женщин, объясняя им важные аспекты скорейшего восстановления пациенток в домашних условиях после выписки из стационара.

Я также давала рекомендации о необходимости контрацепции, если целью лечения от аменореи не является запланированная беременность, поскольку оплодотворение яйцеклетки становится возможным до появления



менструации, прямо во время проводимого лечения аменореи. Тем самым, я проводила профилактику незапланированной беременности и абортов.

Важнейшей частью в проведении профилактики первичного и повторного возникновения аменореи стало проведение встреч с пациентками в непринужденной обстановке и использование релаксационной терапии, музыкотерапии и танцетерапии в комплексе для получения максимального оздоровительного эффекта.

Известно, что аменорея часто возникает на фоне гормонального сбоя, а провоцируют эти сбои, в том числе, постоянное воздействие адреналина, норадреналина и кортизола – гормонов стресса, на организм женщины. Также, при частых стрессах снижается выработка ЛГ, ФСГ и эстрогена – самых важных гормонов регулирования менструального цикла для женщины.

Помимо этого, факторами риска возникновения аменореи часто являются гиподинамия, застойные явления в малом тазу и ожирение.

Так вот, данный комплекс терапий позволяет не только помочь убрать негативные эмоции, побороть хандру, депрессию и стресс, но и снять психологические блоки, дав возможность каждой женщине реализовать свои ощущения в танце, прочувствовать свободу в потоке самовыражения.

В ходе релаксационной терапии и музыкотерапии мы сняли стрессовое состояние, женщины почувствовали гармонию с собой и своим телом.

Благодаря танцетерапии каждая женщина не только дала выход своим эмоциям (ведь движения не были строго регламентированы), но и ускорила лимфо- и кровообращение, что выступило профилактикой застоя в малом тазу и в организме в целом. Помимо этого, танец можно приравнять к тренировке, ведь были задействованы практически все группы мышц, тем самым это выступило профилактикой, в том числе гиподинамии и ожирения.

Исходя из полученных сведений можно сделать вывод – стремительный рост заболеваемости спровоцирован тем, что причинами возникновения аменореи, в большинстве случаев, являются факторы риска, которые ежедневно воздействуют на женщин, и пока они не научатся их



устранять, пока не будет восполнен дефицит знаний и женщины не начнут бороться с этими факторами – мы будем наблюдать стабильный рост числа первично и повторно выявленных форм аменореи.

Из этого следует, чтобы снизить показатели заболеваемости – следует просвещать женскую половину населения о причинах и мерах профилактики данного заболевания, и я на собственном примере показала, что если медицинские сёстры и врачи со всей серьёзностью подойдут к выполнению поставленной задачи – то в современном мире найдётся сотня различных способов это осуществить.

Итак, исходя из вышеуказанных целей моей исследовательской работы, я могу подвести следующие итоги:

- я в полной мере провела исследовательскую работу по предупреждению первичного и повторного возникновения аменореи, охватив большое количество женщин по всей России;
- мною были применены как методы традиционной медицины, так и нетрадиционные методы, и современные достижения информационной и медицинской сфер;
- я систематизировала и применила все изученные мной теоретические основы, а также выступила инициатором применения современных оригинальных методик профилактики и оздоровления, которые доступны каждой женщине и решают сразу несколько проблем.

Сегодня мы разобрались, что такое аменорея, поняли причины данного недуга, выяснили, почему заболеваемость с каждым годом растёт, а самое главное – что можно сделать, чтобы во много раз её снизить.

Я считаю, что если каждая медицинская сестра будет обладать такими знаниями в полном объёме и применять их на практике, то многократное снижение заболеваемости аменореей не заставит себя долго ждать.

Цель, по изучению роли медицинской сестры при нарушении менструального цикла – аменорее, достигнута.

О.Стародубец



ЗДОРОВОЕ САМОУВАЖЕНИЕ КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ, МОТИВАЦИИ И УСПЕШНОСТИ МОЛОДЕЖИ

На протяжении этого учебного года наш кружок по психологии выбрал для разработки и исследования тему «Здоровое самоуважение как фактор психологического благополучия, мотивации и успешности молодежи».

В рамках работы мы рассмотрели само явление самоуважение, факторы, которые влияют на формирование здорового самоуважения и адекватной самооценки, как здоровое самоуважение влияет на психологическое благополучие, мотивацию и успешность молодых людей.

В процессе обсуждения у нас возникли вопросы: «Возможно ли достичь успеха в жизни без самоуважения?», «Можно ли обладать высокой самооценкой, не имея достижений?», «Сможет ли уже сформированная, зрелая личность повысить уровень своей, пониженной с детства самооценки?». Чтобы ответить на эти вопросы, руководитель нашего кружка Николаева Наталья Владимировна предложила составить анкету с интересующими нас вопросами и провести анкетирование студентов нашего колледжа.

Были проанкетированы студенты колледжа, количеством 140 человек, в возрасте до 25-ти лет.

В результате обработки анкет и анализа статистического материала, мы получили следующие результаты.

Считают, что самоуважение важно для психического благополучия 93% из числа опрошенных, 6% – считают, что частично, 1% – считают, что не важно.

Невозможно достичь успеха в жизни без самоуважения – считают 67%, 13% считают, что возможно, 20% – затрудняются ответить.

Считают, что стать уверенным в себе человеком без самоуважения нельзя – 58% опрошенных, можно – 11%, затрудняются ответить – 31%.



На вопрос: «Совпадает ли то, что вы делаете с тем, что вы хотите делать?», – респонденты ответили следующим образом: да – 29%, нет – 19%, не всегда – 52%.

Как влияет появление различных трудностей на вашу мотивацию? Влияет – 53%, не влияет – 27%, затрудняются ответить – 20% респондентов.

Считают, что окружение человека влияет на его самоуважение – 38%, не влияет – 42%, 20% – затрудняются ответить.

Совпадают действия с желаниями у 40%, не совпадают у 23%, иногда совпадают у 37%.

Часто сравнивают себя с другими 25%, не сравнивают – 44%, иногда – 31%.

Легко преодолевают жизненные трудности 26%, нелегко – 13%, у 61% зависит от ситуации.

Всегда доводят до конца начатое дело 40%, не всегда – 46%, не доводят – 14%.

На вопрос: «Влияет ли критика близких людей на вашу самооценку и самоуважение?», – ответы распределились следующим образом: да – 31%, нет – 27%, иногда – 42%.

Если труды не приносят результатов, то это сильно снижает самооценку у 20%, не снижает у 45%, иногда снижает у 35%.

У 42% успехи в колледже, в учебе влияют на самоуважение и самооценку, у 35% – не влияют, у 23% – иногда влияют.

Ключевые факторы, которые респонденты отмечают в формировании здорового самоуважения:

А) интеллектуальные способности – 34%;

Б) признание в обществе – 18%;

В) взаимоотношения с семьей – 30%;

Г) окружение, друзья – 18%.

Считают, что для людей с чрезмерно неадекватной самооценкой характерно:



А) слишком высоко оценивать свои способности – 21%;

Б) не воспринимать критику, раздражаются чужим мнением, которое не совпадает с их мнением – 41%;

В) имеют комплекс превосходства, считают себя правыми во всем – 38%.

31% считают, что изучение специальности, которая не нравится, влияет на самоуважение, 34% считают, что не влияет и 35% считают, что частично влияет.

Полагают, что можно обладать высокой самооценкой, не имея достижений 48%, 14% считают, что нет и 38% – затрудняются ответить.

На вопрос: «Сможет ли уже сформированная, зрелая личность повысить уровень своей, заниженной с детства самооценки?», ответы распределились следующим образом: сможет – 66%, не сможет – 14%, 20% затрудняются ответить на этот вопрос.

Считают, что самосострадание или жалость к себе относится к чувству собственного достоинства – 39%, не считают так – 34%, 27% затрудняются ответить.

Часто испытывают зависть по отношению к тем, кто успешнее их всего 7%, не испытывают – 66%, 27% иногда испытывают.

Много сил и времени необходимо, чтобы восстановиться после неудачи 13%, восстанавливаются быстро – 67%, 20% затрудняются ответить.

На вопрос: «Какие качества уверенных в себе людей вы можете выделить?», большинство респондентов ответили – адекватная самооценка, уверенность, целеустремленность.

На взгляд наших студентов, человек с заниженной самооценкой – это скованный, неуверенный, нерешительный человек.

И, наконец, 48% считают, что у них сформирована адекватная самооценка и здоровое самоуважение, 24% считают, что не сформирована, а 28% считают, что еще не полностью сформирована.



Итак, несмотря на молодой возраст и недостаточную еще самостоятельность и независимость, наши студенты имеют устойчивую позицию и мнение о самооценке и самоуважении. Подавляющее большинство (93%) утверждают о прямой связи самоуважения и психического благополучия. Больше половины респондентов считают, что без здорового самоуважения невозможно стать успешным и уверенным в себе человеком. Но при этом почти половина (48%) полагают, что можно обладать высокой самооценкой, не имея достижений. Такой вот юношеский максимализм. А ответы на вопрос о сформированности адекватной самооценки и здорового самоуважения, – чуть меньше половины (48%) респондентов утверждает, что сформирована, – указывают на адекватную самооценку и здоровую степень самокритичности.

Ну а мы желаем всем несформированным сформироваться.

Гармонии всем с окружающим миром, а главное – с самим собой!

ГБПОУ СК «Кисловодский медицинский колледж»

В.Акимов

Руководитель: преподаватель Н.В. Усова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИКРОСПОРИЕЙ

В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Микроспория относится к числу широко распространенных поверхностных микозов, особенно в педиатрической практике. В статье



описаны современные особенности течения микроспории, данные об эпидемиологии, этиологии, диагностике, клинических проявлениях и профилактике данного заболевания.

Микроспория – грибковое заболевание из группы дерматофитий, при котором поражаются кожа и волосы, а в исключительно редких случаях и ногтевые пластинки. Название этого микоза происходит от имени его возбудителя – гриба рода *Microsporum*, относящегося к дерматофитам. Заболевание известно также как “стригущий лишай” (термин объединяет микроспорию и трихофитию), что обусловлено особенностями его клинической картины.

Известно более 20 видов гриба *Microsporum*, которые в зависимости от ареала обитания и способа передачи инфекции разделяют на три группы – антропофильные, зоофильные, геофильные. Антропофильные грибы (*M. ferrugineum*, *M. audouinii*, *M. rivalieri*, *M. langeronii*) вызывают заболевание у человека, редко у животных; зоофильные грибы (*M. canis*, *M. distortum*, *M. nanum*, *M. persicolor*) являются патогенными для животных, но могут поражать и человека; геофильные грибы (*M. gypseum*, *M. cookeii*, *Keratynomyces ajelloii*) обитают в почве и редко вызывают дерматомикозы у людей, тем не менее в литературе описаны случаи заболевания, вызванные данным видом возбудителя, названные «микозом садовников».

M. canis – наиболее частый возбудитель микроспории человека, природным резервуаром считаются кошки (котят), собаки, обезьяны, кролики, в более редких случаях источником инфицирования человека могут быть и другие млекопитающие. Заражение происходит в основном при контакте с больными животными или через предметы, инфицированные их шерстью.

Микроскопия является самой распространенной микотической инфекцией среди дерматофитий, не считая микозов стоп. Заболевание



встречается повсеместно. В России ежегодно регистрируется до 100 тыс. больных микроспорией. Микоз обладает высокой контагиозностью, чаще страдают дети. В последние два десятилетия отмечен рост заболеваемости микроспорией у новорожденных. Взрослые же болеют редко – преимущественно молодые женщины. Редкость заболевания микроспорией взрослых, особенно с поражением волосистой части головы, и обычно наступающее спонтанное выздоровление при начале пубертатного периода объясняется наличием в волосах взрослых людей фунгистатических органических кислот (в частности, ундициленовой кислоты). Особую опасность в эпидемиологическом плане представляют больные с поражением волосистой части головы. Это связано с тем, что данная форма микоза, во-первых, наиболее часто диагностируется несвоевременно, а, во-вторых, ее терапия сопряжена с определенными сложностями.

Инкубационный период заболевания при зоонозной микроспории составляет от 5 до 7 дней, при зооантропонозной – до 4 недель. Характерна сезонность заболеваемости: так, первый пик приходится на май–июнь, что связано не только с приплодом котят, но и с возможностью инфицирования детей, находящихся на летних каникулах в деревнях, на дачах, в летних лагерях; второй пик заболеваемости приходится на август–ноябрь, когда дети возвращаются из мест отдыха, осматриваются родителями, медработниками при оформлении в детские и образовательные учреждения.

В зависимости от субстрата поражения выделяют микроспорию гладкой кожи, волос (пушковых, щетинистых и длинных) и ногтевых пластинок.

На основании федеральных клинических рекомендаций российского общества дерматовенерологов диагноз микроспории складывается из оценки клинической картины, данных лабораторных микологических методов (микроспория кожных чешуек, волос – КОН-тест и выделение возбудителя в культуре), а также осмотра под лампой Вуда, при котором наблюдается характерное изумрудное свечение волос.



Наряду с изменением географии распространения микозов видоизменяются и клинические особенности течения заболевания. Отечественные микологи XX века (С.Т. Павлов, 1960) диагностический признак «кольцо в кольце» связывали с антропофильным микроспорумом *M. ferrugineum*, однако, по данным современных исследователей, данный признак характерен и для антропофильного гриба *M. audouinii* и зоофильного – *M. canis*. Мы также неоднократно наблюдали ирисоподобные высыпания при микроспории, вызванной *M. Canis*.

Также с типичной клинической симптоматикой зооантропонозной микроспории в последние годы наблюдаются атипичные ее варианты, что вызывает сложность диагностики.

Зарубежные авторы ранее использовали термин «*tinea incognita*», в настоящее время используют «*tinea atypica*», что более полно отражает разнообразие вариантов, отличающихся от классических. К ним относят инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, розацеа-подобную, псориазоформную, себорейную (протекающую по типу асбестовидного лишая), трихофитоидную, волчаночно-подобную формы, а также «трансформированный» вариант микроспории, наблюдаемый при видоизменении клинической картины в результате применения топических глюкокортикостероидов.

В литературе имеются единичные описания случаев микроспории у детей до года.

Профилактика микроспории заключается в своевременном выявлении, изоляции и лечении больных микроспорией. В детских учреждениях следует проводить периодические медицинские осмотры. Выявленного больного микроспорией ребенка необходимо изолировать от других детей и направить на лечение в специализированный микологический стационар. На каждого заболевшего заполняется извещение по учетной форме 281. Вещи, принадлежащие больному микроспорией, подлежат дезинфекции. Обязательно обследуются родственники и контактировавшие с больным



лица. Особое внимание следует уделять домашним животным, поскольку именно они часто служат источником инфекции. Больные микроспорией животные либо уничтожаются, либо им проводится полноценное противогрибковое лечение. Важная роль в борьбе с микроспорией отводится органам санитарного просвещения, а также ветеринарного надзора за бродячими животными.

При анализе распределения заболевших по контингентам в Ставропольском крае, установлено, что наибольшая пораженность отмечается среди школьников (57,1%) и детей, посещающих ДОО (29,4%). Менее значителен этот показатель среди неорганизованных детей до 6 лет (13,5%). В школьном возрасте заболеваемость выше среди детей 7–14 лет (показатель – 203,4 на 100 тыс.), чем среди подростков 15–17 лет (показатель – 92,7 на 100 тыс.).

Заболеваемость микроспорией регистрируется как у городских, так и сельских жителей. Среди зарегистрированных больных 85% составили городские жители. Более высокий удельный вес заболевших микроспорией в городах определяется высоким уровнем оказания медицинской помощи и развитой лабораторно-диагностической службой.

Список используемой литературы:

1. Мохаммад Юсуф. Клинико-эпидемиологические особенности микроспории в современных условиях и разработка лечения новыми медикаментозными средствами. Автореф. дисс...канд наук. М., 2020 г.
2. Н.Г. Кочергин. Кожные и венерологические болезни. Диагностика, лечение и профилактика. - 2019.-№ 9.- С. 77-81
3. С.Б. Антонова, М.А. Уфимцева. Заболеваемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения. 2019 г.



4. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Петунова Я.Г., Пчелин И.М. Микроспория: современное представление о проблеме (описание клинических случаев и обзор литературы). 2020 г.
5. Уфимцева М. А. Современные клинко-эпидемиологические особенности заболеваемости дерматомикозами у детей. Оптимизация диагностических, медико-профилактических технологий. Дисс. канд наук. Екатеринбург – 2019 г.

Т.Акульшина

Руководитель: преподаватель биологии и химии Коджакова С.З.

РОЛЬ ХРОМА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

ВОЗ рассматривает ожирение как глобальную эпидемию, охватившую миллионы людей. Проблема ожирения становится все более актуальной и начинает представлять социальную угрозу для жизни людей независимо от их социальной и профессиональной принадлежности, зоны проживания, возраста и пола.

Цель работы: выявить роль хрома в метаболических процессах организма человека.

Актуальность темы. В Европе ожирением страдает от 15 до 25% взрослого населения. В последнее время во всем мире наблюдается рост частоты ожирения у детей и подростков: 25% подростков имеют избыточную массу тела, а 15% страдают ожирением. 50% детей, имевших избыточный вес в 6 лет, становятся тучными во взрослом возрасте, а в подростковом возрасте эта вероятность увеличивается до 80%.

Большинство людей даже не догадываются, что причинами избыточного веса, и заболеваний эндокринной системы может являться недостаток полезных элементов в организме.

Задачи:

1. Провести обзор литературы по данной теме;
2. Выяснить роль хрома в организме человека



Хром (Cr) – важнейший микроэлемент, необходимый для правильного белкового, углеводного и липидного обмена, который повышает восприимчивость к инсулину.

Исторически сложилось, что до 1977 года научное сообщество не признавало хром жизненно важным питательным элементом. И только по результатам проведенных экспериментов удалось установить, что пациенты, с недостатком Cr, страдают нарушениями метаболизма глюкозы.

Хром является элементом, входящим в состав всех органов и тканей организма. Наиболее высокая концентрация элемента в костной ткани, ногтях и волосах. Во всех клетках взрослого человека содержится около 6 мг этого нутриента.

Несмотря на то, что хром необходим человеку в небольших количествах, он: регулирует уровень сахара в крови, усиливает функции инсулина, участвует в метаболизме липидов, углеводов и протеинов, принимает участие в синтезе нуклеиновых кислот, поддерживает структуру ДНК и РНК, компенсирует дефицит йода в организме. Это факт важен для нормальной работы функций щитовидной железы, которая отвечает за обмен веществ, способствует активации фермента трипсина, расщепляющего пептиды и белки на аминокислоты, увеличивает активность ферментов, способствует нормальному балансу сахара в крови, помогает «отладить» углеводный обмен, снизить аппетит и в результате способствует стабилизации веса, регулирует уровень холестерина в крови участвует в регуляции работы сердечной мышцы и функционировании кровеносных сосудов, способствует выведению из организма токсинов, солей тяжелых металлов, радионуклидов.

Когда организм ежедневно получает необходимую норму хрома, жир не успевает накапливаться и откладываться в теле.

Хром способствует выработке гормонов, которые укрепляют костную и хрящевую ткань. Его часто применяют при лечении остеопороза. Еще одной его особенностью является способность регулировать глазное давление.



Специалисты часто назначают хром в качестве терапии, людям страдающим заболеваниями, такими как катаракта и глаукома.

Дефицит хрома в организме.

Основные проявления дефицита хрома:

- утомляемость, беспокойство, бессонница, головные боли;
- невралгия, снижение чувствительности и дрожь в конечностях;
- нарушение мышечной координации;
- повышение уровня холестерина и триглицеридов в крови;
- увеличение риска развития атеросклероза;
- изменения массы тела (исхудание, ожирение);
- изменения уровня глюкозы в крови (гипергликемия, гипогликемия);
- увеличение риска развития сахарного диабета;
- увеличение риска развития ишемической болезни сердца;

Избыток хрома.

Избыток данного элемента может проявляться в виде аллергических реакций, кашле, бронхите, нарушений кожных покровов, нестабильном эмоциональном состоянии, может появляться язвенная болезнь желудка, и увеличивается риск развития злокачественных опухолей.

Потребность нашего организма в хrome достаточно маленькая, но получить его и напитать организм не просто. Причиной этому служит низкое содержание хрома в продуктах питания, чрезмерная физическая нагрузка, постоянные стрессы и депрессии. Хром содержится в следующих продуктах питания: брокколи, цветная капуста, ягоды, печень, яйца, молочная продукция, пивные дрожжи, фрукты, морепродукты.

Когда продукты проходят термическую обработку и рафинирование, количество хрома в них сокращается.

Учитывая низкую биодоступность чистого хрома, фармакологические компании при выпуске минеральных добавок комбинируют его с другими веществами, повышающими всасывание в 20-25 раз. Наиболее распространен



Пиколинат хрома. Есть и хелатные формы минерала – глицинат, аспарагинат, никотинат, эвалар – Турбослим хрома пиколинат, Solgar – Пиколинат хрома, Queisser Pharma – Доппельгерц актив, витамины для глаз с хромом, цинком и селеном. Препарат предназначен для защиты сетчатки глаз от фотоповреждения, улучшения остроты зрения, регуляции внутриглазного давления.

Суточная потребность.

Разные школы биохимиков определяют неодинаковую суточную норму Cr. Но чаще всего безопасной дозой хрома для взрослого человека ученые называют 0,2-0,25 мг вещества в сутки. Не более 25-35 мкг микроэлемента в день рекомендуют потреблять людям, ведущим сидячий образ жизни. Спортсменам, наоборот, стоит повысить дозу к примерно 200 мкг ежедневно. Важно отметить, что в человеческий организм Cr попадает не только с пищей, но и через воздух. К тому же из продуктов питания усваивается не более 1 процента чистого вещества. Почти 30 % элемента всасывается, если его источником являются органические соединения, в составе которых есть этот микроэлемент. Вещество, полученное из воздуха, всасывается не полностью – не более 25 процентов, остальное выводится во время выдоха. Между тем, длительное пребывание в помещениях с высокой концентрацией хрома (на производстве) может послужить причиной дисфункции дыхательных органов.

Литература

1. Асатиани В.С. Ошибки обмена веществ. - М.: Наука, 2002.
2. Ахметов Н.С. Общая и неорганическая химия. – М.: Высшая школа, 2018.
3. Глинка, Н.Л. Общая химия [Текст]: учеб. пособие / Н.Л. Глинка. - Изд. стер. - М.: КНОРУС, 2019. - (Среднее профессиональное образование).



4.Габриелян О.С., Остроумов И.Г., Соловьев С.Н., Маскаев Ф.Н. Общая химия: Учебник для 11 класса общеобразовательных учреждений с углубленным изучением химии. – М.: Просвещение, 2018.

5.Доронькин В.Н., А.Г. Бережная., Общая химия, Легион, Ростов- на- Дону, 2019г.

<https://naykalab.ru/uslugi/prays/&analyse=1336&id2=3110>

<https://medico39.ru/chto-takoe-xrom-i-zachem-on-nuzhen>

<https://sport-dealer.ru/blog/khrom/>

<https://calorizator.ru/element/cr>

К.Колесникова, А.Умова

Руководитель: преподаватель Больбат А.А.

КОНФУЦИАНСТВО И ЛЕГИЗМ КАК ЭТИКО-ФИЛОСОФСКИЕ УЧЕНИЯ ДРЕВНЕГО КИТАЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

С глубокой древности социальная этика и административная практика играли в Китае существенную роль.

История этических учений Древнего Китая представляет особый интерес резким противостоянием двух идеологических направлений - конфуцианства и легизма.

В столкновении конфуцианства и легизма вырисовывается важная проблема государственности (одна из наиболее значимых и в наше время) - роль стихийного, традиционного и рассудочного, т.е. осознанно направляемого в строительстве государства.

Конфуцианство сосредоточило свое внимание на человеке, проблемах его врожденной природы и моральных качеств, его положения в мире и обществе, способностей к знанию и действию.

Родоначальник учения, Конфуций, мысли которого изложены в сборнике «Беседы и суждения», как раз и рассуждал о «разумном» устройстве государства.



Основу учения составляет принцип добродетели: управляющие верхи должны быть добродетельными. Основными категориями конфуцианства являются тесно взаимосвязанные понятия благородного мужа, человеколюбия, правил ритуала.

Управлять государством призваны благородные мужи, во главе с государем - «сыном неба». Деление людей на «высших» и «низших» и выдвижение на государственную службу должно осуществляться не по признакам происхождения, а по их моральным качествам и знаниям. Благородный муж является образцом нравственного совершенства.

Главной задачей благородных мужей является воспитание в себе и повсеместное распространение человеколюбия, включающее в себя несколько совокупностей обычных норм: «отец - сын», «дружба», «соседство», «начальник - подчиненный», «муж - жена», «подданный - правитель» и др.

Общим принципом взаимоотношений между людьми является взаимность. На вопрос: «Можно ли всю жизнь руководствоваться одним словом?», Конфуций ответил: «Это слово - взаимность. Не делай другим того, чего не желаешь себе». Перенесенные в сферу политики, эти принципы должны были служить фундаментом системы управления, основанной на традициях.

Конфуций возвеличивал обычаи старины, идеализируя отношения патриархального быта и создавая образ идеального человека.

Государство он уподоблял большой семье и считал, что отношения правителя и народа должны строиться на основе «отец - дети». В государственном управлении следовало исходить из этических принципов. Гуманными должны быть не только цели и идеалы, но и средства.

Условием всемирного порядка являются гармония и счастье людей, что предполагает гармонию человека как с природой, так и во взаимоотношениях с людьми. Они должны основываться на морали и таких понятиях этики, как взаимность, золотая середина и человеколюбие.



Главным является нахождение пути к свободному и всеобщему процветанию общества, его спокойствию и благоденствию, что предполагает соблюдение ряда принципов, важнейшими из которых являются великие добродетели. Человек, следующий этим правилам является идеальным гражданином.

Итак, Конфуций стремился восстановить сложившиеся веками правила, которые определяли каждый шаг гражданина с помощью своего рода естественного права, освященного многовековой традицией.

Легизм, или "школа закона", представляет собой сформировавшееся в IV-III вв. до н.э. теоретическое обоснование тоталитарно-деспотического управления государством и обществом.

Шан Ян - основатель легизма, являлся инициатором знаменитых реформ, которые вошли в трактат «Книга правителя области Шан».

Легисты находились в оппозиции конфуцианцам и считали, что они культурой подрывают законы.

Основными положениями легизма являлись следующие:

- по своей природе народ любит покой и ненавидит труд, при покое наступает запустение, а при запустении – неустройство;
- необходимо установить четкие представления о наказаниях, наградах, наставлениях и ликвидировать распушенность;
- конфуцианское человеколюбие невозможно использовать как принцип управления - нельзя не прибегать к наказанию - таков закон.

Шан Ян относил конфуцианские институты к крайне вредным в установлении общественного устройства.

Легисты выступали за введение обязательных для всех законов с жесткими нормами, которые обеспечены наказанием. Эти нормы, в отличие от обычных норм ритуала, называются законом - Фа.

Также они призывали к унификации норм и строгую систему наказаний. «Коль наказания мягки, невозможно искоренить преступность, в образцово управляемом государстве много наказаний и мало наград».



По отношению к чиновникам так же должна проявляться жесткость законов, независимо от занимаемой должности. В случае, если чиновник не соблюдал законы, могли быть наказаны три категории его родственников. Также поощрялись доносы на чиновников – при этом доносивший наследовал ранг знатности, должность, угодья и жалованье провинившегося чиновника. Таким образом, государство превращалось во всеобъемлющий самодостаточный институт, представлявший смысл и цель существования общества. В подобной форме была представлена теоретическая схема деспотии.

Итак, гуманизму, народолюбию и этическому традиционализму конфуцианства легизм противопоставил деспотизм, почитание власти, законническое новаторство и милитаризм.

Сочетание этико-философских учений конфуцианства и легизма существует в Китае с древности. В более стабильные периоды жизни общества легизм отходит на второй план, в то время как в сложные периоды социальных изменений государство выводит его на передний план, тем самым мобилизуя народные силы и укрепляя своё положение. Конфуцианская же модель обеспечивает прочность общественной структуры, обеспечивает стабильность и оберегает от кардинальных изменений.

Именно взаимодействие конфуцианской этики и легистских регламентов государства обеспечивает стабильность социальной и нравственной сфер китайского общества.

Список литературы:

1. Гусейнов А.А. История этических учений: Учебник для вузов / Под ред. А.А. Гусейнова. - М.: Академический проект, 2018.
2. История мировой культуры (мировых цивилизаций)/ Под.ред. Г. В. Драч 2-е доп. и перер. изд. - Ростов н/Д: «Феникс», 2017.



3. Кабашов.С.Ю. Морально-этические и правовые основы государственного и муниципального управления. Профессиональная этика, кадровая политика, планирование карьеры и противодействие коррупции. - М.: Издательский дом «Дело», 2018.
4. Переломов, Л.С. Конфуцианство и легизм в политической истории Китая. - М., 2015.
5. Мухаев Р.Т. «История государства и права зарубежных стран» - М.: «ЮНИТИ-ДАНА», 2016.
6. Спиркин А.Г. Основы философии: учебник для СПО. - М.: Юрайт, 2018.
7. Обществознание: учебник для СПО/под ред. В. И. Купцова.- М.: Юрайт, 2019.

ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж»

Р.Батурин

Руководитель: преподаватель С.А. Лыкова

ИНТЕРНЕТ - ЗАВИСИМОСТЬ



Компьютерные сети, как вид телекоммуникации - принципиально новый пласт социальной реальности. Наиболее широкое распространение, в наше время, получила компьютерная сеть Интернет, так же известная под названием «Всемирная паутина». Больше не нужно ходить в кинотеатр, на концерт любимой группы, засиживаться в библиотеке, утруждать себя походами по магазинам, всю необходимую вам информацию вы можете получить, не отходя от экрана вашего монитора. Появился новый вид психологического расстройства: Интернет-зависимость.

Актуальность: зависимость молодежи от интернета считается серьезной проблемой. Она провоцирует психологические расстройства и неврологические осложнения. Сравнивая реальный и виртуальный миры, подросток отдает предпочтение второму.

Цель исследования: изучить психологические аспекты влияния Интернет-зависимости на личность подростка.

В связи с этим можно поставить следующие **задачи**.

- 1) Выяснить степень разработанности проблемы в литературе.
- 2) Теоретически исследовать психологические характеристики Интернет-зависимости.
- 3) Выявить значение связи Интернет-зависимости с психологическими свойствами личности подростка. Рассмотреть влияние Интернет-зависимости на личность подростка.
- 4) Составить рекомендации для подростков, преподавателей и родителей с целью предупреждения зависимости от социальных сетей.

Объект исследования: обучающиеся 2 курса, пользующиеся социальными сетями.

Предмет исследования: интернет-зависимость на личность подростка в ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж».

Гипотеза исследования: чрезмерная трата времени на пребывание в социальных сетях Интернета негативно сказывается на подростках.

Методы исследования:



- 1) Изучение литературы по теме исследования
- 2) Теоретический анализ психологических исследований, проведенных по данной проблеме
- 3) Анкетирование, анализ, обобщение.

Интернет-зависимость - это психическое расстройство, характеризующееся потерей самоконтроля, непреодолимым желанием находиться постоянно в сети интернет и неспособностью оттуда выйти.

Термин «Социальная сеть» был введен задолго до появления Интернета и собственно современных интернет - сетей, ещё в 1954 году социологом из «Манчестерской школы» Джеймсом Барнсом

Социальные сети дают возможность завести себе друзей, хобби, узнать много новой информации и избавиться от чувства одиночества, которое часто испытывают многие подростки. Там молодые люди и девушки могут найти единомышленников, поделиться душевными переживаниями, спросить совета у старших товарищей.

Исследователи приводят различные критерии Интернет-зависимости. Кимберли Янг приводит следующие четыре симптома:

1. навязчивое желание проверить e-mail;
2. постоянное ожидание следующего выхода в Интернет;
3. жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в Интернете;
4. жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на Интернет.

Общими чертами компьютерной зависимости является характерный ряд психологических и физических симптомов, тесно связанных между собой.

Подростки уже не представляют свою жизнь без Интернета. Сами того не замечая, они меняют реальную жизнь на виртуальную, тем самым нанося вред самому же себе.

Список использованной литературы



1. Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскунский А.Е. Коммуникация в компьютерных сетях: психологические детерминанты и последствия// Вестник МГУ.Сер.14.2019
2. Войскунский А.Е, Феномен зависимости от Интернета // Гуманитарные исследования в Интернете / Под ред. А.Е. Войскунского.-М.
3. Ершова Ю.Осторожно: Интернет-аддикция! Новая угроза Человечеству //Yoki.Ru
4. Коэмец Е. Жертвы компьютерных сетей. Материалы сайта «Психология Интернета».
5. Сулер Дж. Люди превращаются в электроников. Основные психологические характеристики виртуального пространства <http://www.flogiston.ru/projects/translate/electronic.shtml>

М.Ларина

Руководитель: преподаватель Е.В. Бирюкова

АНАЛИЗ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ РУК

Актуальность. Антисептики и дезинфицирующие средства очень важны в медицинской практике и повседневной жизни людей. На территории России зарегистрировано порядка 250 торговых названий антисептиков и дезинфекторов. Одни из них используются только в больницах, другие необходимы для домашней аптечки. К антисептическим средствам относят вещества, которые используются для уничтожения бактерий, вирусов, грибов. В период пандемии они просто необходимы людям, чтобы сохранить свое здоровье. От эффективности производимых антисептиков напрямую зависит здоровье и безопасность населения.

Целью нашей работы является - исследование химического состава и эффективности антисептических средств.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:



- Ознакомиться с информацией по данному вопросу;
- Провести анализ состава антисептических средств, приобретенных в аптеках и магазинах города.
- Апробировать методику приготовления посевов бактерий;
- Провести эксперимент;
- Определить самый эффективный вид и состав антисептиков.

Объект исследования: Антисептики для рук.

Предмет исследования: посевы с кожи рук после использования разных антисептических средств.

Антисептика (лат. anti - против, septicus - гниение) - система мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в ране, патологическом очаге, органах и тканях, а также в организме пациента в целом, с использованием механических и физических методов воздействия, активных химических и биологических факторов [5].

Кожный антисептик для рук (санитайзер) - дезинфицирующее средство, которое используется для предотвращения распространения бактерий и вирусов, а также для соблюдения обыкновенных правил гигиены рук в тех местах, где нет доступа к умывальнику и мылу [3].

В ходе нашей работы был проведен анализ маркировки антисептиков.

Требования, предъявляемые к маркировке антисептиков, указаны в ГОСТ Р 58151. 1-2018 [7]. Для данного анализа были выбраны 3 вида антисептиков, которыми пользуются мои одноклассники.

№1. Представлен в виде спрея – Абактерил актив.

Анализ химического состава показал наличие изопропанола – 64%, ЧАС-0,1%, ПГМГ-0,1%, увлажняющие компоненты.

№2. Антибактериальные влажные салфетки Ромашка

Анализ химического состава показал наличие воды, пропиленгликоля, алкилполиглюкозида, феноксиэтанола, бензоата натрия отдушка, ЭДТА

№3. Косметический лосьон «Антисептический»



Анализ химического состава показал наличие спирта этилового 75%, вода, частицы серебра «нано».

Чтобы выяснить, какое действие оказывают различные антисептики на бактерии и плесневые грибы, нами были сделаны смывы с грязных рук и с рук после обработки антисептиком.

Смывы с грязных рук показали наличие:

- 1) Желтых и белых колоний – кокки и диплококки
- 2) Грибы рода *Candida*
- 3) Плесень

Смывы с рук, обработанными различными видами антисептиков (таблица 1)

Таблица 1

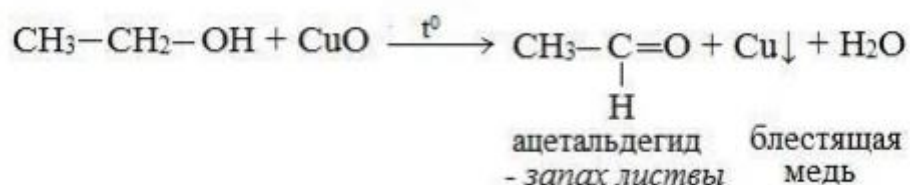
Вид антисептика	Форма бактерий	Плотность колоний, %
Грязные руки	Стафилококки Стрептококки Грибы Плесень	90 - 100
Спрей	Стафилококки Стрептококки	40
Салфетки	Стафилококки Стрептококки Грибы	60
Лосьон	Кокки	15

По результатам эксперимента можно сделать вывод о том, что самым эффективным антисептическим средством является косметический лосьон на основе этилового спирта с концентрацией 70%. Остальные исследованные антисептики значительно уступают по эффективности.

Наличие этилового спирта в косметическом лосьоне было доказано качественной реакцией на первичные одноатомные спирты - окисление спирта оксидом меди [1].

Первичные спирты окисляются оксидом меди (II) до альдегидов.





Вывод: В анализируемом образце косметического лосьона содержится этанол, ощущался запах листвы.

В результате исследования мы пришли к выводу, что антисептические средства имеют широкий спектр действия и огромное значение в современной медицине, а также в нашей повседневной жизни. К сожалению, люди покупают антисептики различного химического состава в надежде обезопасить себя от вирусов и бактерий, не зная о том, что эффективны только спиртовые антисептики с концентрацией спирта 65%-75%. Из представленных антисептиков, наиболее эффективным оказался косметический лосьон «Антисептический» на основе этилового спирта. Но у него есть недостаток – способ применения.

Антисептики убивают лишь часть скапливающихся бактерий, поэтому не стоит полностью полагаться на эти средства, следует соблюдать все правила личной гигиены и относиться к этому очень серьезно.

Соблюдение правил личной гигиены - главный залог здоровья. Держите руки в чистоте и будьте здоровы!

Список использованных источников и литературы

1. Оганесян, Э. Т. Органическая химия: учебник / Э. Т. Оганесян. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2020. ЭБС Лань
2. Пресс, И. А. Органическая химия: учебное пособие для спо / И. А. Пресс. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург: Лань, 2022.
3. Палий, А.П. СПОСОБ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ КОЖИ РУК / А.П. Палий, Е.А. Родионова // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. - 2017. - № 2. - С. 138-143. ЭБС Лань



4. Антисептика [электронный ресурс] - Режим доступа: <https://бмэ.опг/index.php/АНТИСЕПТИКА>
5. ГОСТ Р 58151.1-2018 Средства дезинфицирующие. Общие технические требования [электронный ресурс] – Режим доступа: <http://vsegost.com/Catalog/69/69288.shtml>
6. Как выбрать эффективный антисептик в магазине? [электронный ресурс] - Режим доступа: <https://rskrf.ru/tips/pravila-pokupki/kak-vybrat-kachestvennyy-antiseptik-v-magazine/>
7. «Рекомендации ВОЗ и Роспотребнадзора по выбору антисептика для рук» [электронный ресурс] – Режим доступа: <https://gotdoc.ru/articles/poleznaya-informatsiya/okazanie-pervoy-pomoshchi/antiseptiki-dlya-ruk-protiv-koronavirusa-covid-19-rekomendatsii-voz-po-vyboru-ispolzovaniyu/>

А.Мовсесян
Руководитель: преподаватель И.М. Пыжьянова

ВЛИЯНИЕ РЕЖИМОВ ТРУДА И ОТДЫХА НА ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Актуальность темы исследовательской работы – современное состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее. Трудовые ресурсы страны, ее безопасность, политическая стабильность и морально-нравственный уровень населения непосредственно связаны с состоянием здоровья молодежи.

Большие интеллектуальные нагрузки, резкие изменения привычного образа жизни, необходимость адаптации к новым условиям труда, проживания и питания позволяют отнести обучающихся к группе значительного риска развития заболеваний. Поэтому рациональное использование времени на трудовую деятельность и отдых является одним из



важнейших элементов формирования как физического, так и психологического благополучия обучающихся [2].

Объект исследования– состояние здоровья обучающихся.

Предмет исследования – выявление личного отношения обучающихся к здоровью как условию формирования здорового образа жизни.

Цель исследовательской работы: изучение режимов жизни обучающихся.

Задачи:

- рассмотреть факторы, влияющие на здоровье молодёжи
- провести исследование литературы по данной теме
- провести анкетный опрос;
- конкретизировать знания о необходимости рационального распределения труда и отдыха

Методы исследования:

- информационный: накопление научного материала; изучение литературы и источников; ознакомление с теорией вопроса;
- аналитический: осмысление собранного материала; анализ полученных данных
- технологический: проверка и уточнение фактов; обсуждение результатов

Режимы труда и отдыха — равномерное и продолжительное чередование периодов работы и отдыха на протяжении определённого временного участка, обеспечивающее поддержание высокой работоспособности и здоровья [3]. Несоблюдение данных режимов влияет на самочувствие обучающихся, на состояние его здоровья, особенно в периоды учебной деятельности. В большинстве случаев, у студентов нарушены эти режимы, что приводит к нарушению внимания, ухудшению качества усвоения информации, следовательно, уровень работоспособности значительно меньше. Особенно снижение работоспособности может влиять на отработку практических навыков в лечебно-профилактическом



учреждении, ведь на работу в ЛПУ уходит большое количество сил и энергии обучающихся [4].

Мною было проведено успешное исследование и было проведено свободное анкетирование обучающихся по вопросам о распорядке дня, их соотношении работы и отдыха. Был получен бесценный опыт общения со студентами, благодаря установлению доверительных отношений. По результатам исследования были выявлены слабые стороны в осведомленности студентами о необходимости рационального распределения режимов труда и отдыха, проведены беседы о важности соблюдения правил здорового образа жизни и были предоставлены рекомендации по рациональному распределению труда и отдыха обучающихся.

Список использованных источников литературы

1. Книга о здоровье: Сборник // Сост.: Ю.В. Махотин, О.В. Карева, Т.Н. Лосева. Под. Ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 2018.
2. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М, 2021 г.
3. Назарова Е.Н., Жиллов Ю.Д. учебник «Основы Здорового Образа Жизни» издательский центр «Академия» 2018г
4. Рендаренко А. А. Влияние режимов труда и отдыха на жизнь студентов // Молодой ученый. – 2018. – №20. – С. 779-782. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/124/34255/> (дата обращения: 19.12.2021).

РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж»

Р.Эбзеева

Руководитель: преподаватель сестринского дела И.Э. Салпагарова

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ



Сахарный диабет — группа эндокринных заболеваний, связанных с нарушением усвоения глюкозы и развивающихся вследствие абсолютной или относительной недостаточности гормона инсулина, в результате чего развивается гипергликемия — стойкое увеличение глюкозы в крови. Заболевание характеризуется хроническим течением, а также нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что согласно данным Всемирной организации здравоохранения в 2019 г. диабет стал непосредственной причиной 1,5 миллиона случаев смерти, и 48% всех связанных с диабетом случаев смерти произошли в возрасте до 70 лет.

Диабет 2-го типа (ранее — инсулиннезависимый или диабет взрослых) развивается в результате неэффективного использования инсулина организмом. Диабетом 2-го типа страдает более 95% диабетиков. Данный тип диабета возникает, главным образом, на фоне избыточной массы тела и недостаточной физической активности.

Согласно статистическим данным сахарный диабет II типа чаще всего развивается в возрасте от 60-74 лет, но в последнее время растет число лиц и более молодого возраста от 20-59 лет и даже детей. Самыми опасными последствиями глобальной эпидемии СД, являются его системные сосудистые осложнения.

Сахарный диабет 2 типа до настоящего времени являлся абсолютной прерогативой взрослых. По данным диабетической ассоциации для сахарного диабета 2 типа составляет 40-45 % от всех случаев диабета у детей. Рост числа случаев сахарного диабета 2 типа у детей и подростков является одной из причин повышения удельного веса этого типа диабета у взрослых. В связи с этим раннее выявление заболевания и проведение адекватной коррекции является насущной проблемой.

Таким образом, актуальность проблемы определяется медико-социальной значимостью сахарного диабета, характеризующуюся



возрастающими уровнями трудовых потерь и экономического ущерба вследствие заболеваемости, инвалидности и смертности населения, расходов государства и общества, направленных на лечение заболевания и его осложнений, требующих совершенствования и повышения эффективности системы специализированной квалифицированной помощи.

Объект: изучение развития и профилактики сахарного диабета II типа.

Предмет: развитие сахарного диабета II типа у студентов и их родственников.

Цель работы: выявление факторов риска и скрытых симптомов развития сахарного диабета II типа у студентов и их пожилых родственников.

Задачи исследования:

- разработка анкет «Факторы риска и скрытые симптомы развития сахарного диабета II типа»;
- проведение анкетирования и выявление «групп риска» среди респондентов.
- проведение измерения уровня глюкозы крови, артериального давления, пульса и частоты сердечных сокращений, определение индекса массы тела среди выявленной «групп риска»;
- проведение дополнительных исследований в поликлиниках (рекомендовано пройти самостоятельно);
- разработка памяток по профилактике сахарного диабета для лиц различных возрастных категорий;
- обучение самоуходу.

Методы исследования: анализ литературы, анкетирование, устный опрос, обобщение.

Гипотеза: Сахарный диабет – это довольно опасное заболевание. По статистике каждый четвертый человек на планете имеет генетическую предрасположенность к развитию данного заболевания. Многие не подозревают, в какой опасности они находятся. Можно ли, зная хотя бы



основные признаки и причины развития болезни, предотвратить или замедлить его развитие.

Исследовательская работа, направленная на выявление студентов, имеющих склонность к заболеванию сахарный диабет среди 361 группы и 262 группы, проводилась на базе РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж». Для обоснования проблемы была изучена литература, провели устный опрос и анкетирование. В работе использовались следующие исследовательские методы:

В учебно-исследовательской работе участвовало 70 человек.

1. Устный опрос был проведен среди студентов 361 и 262.

Сахарный диабет – это довольно известное во всем мире заболевание, а знают ли о существовании такого заболевания студенты. Поможет устный опрос.

2. Анкета для выявления студентов, склонных к заболеванию сахарный диабет. Чтобы избежать бесконтрольного прогрессирования болезни у молодого поколения, нужно проанализировать склонность его организма к развитию сахарного диабета.

Анализ результатов исследовательской работы

1. По результатам опроса, большинство студентов имеют представление о заболевании сахарный диабет.

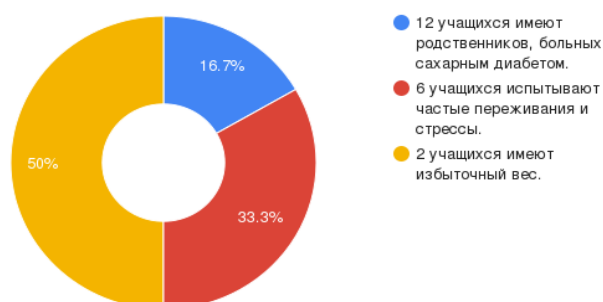


2. Выявление студентов, склонных к заболеванию сахарный диабет.





3. Выявление факторов риска среди родственников респондентов.



В результате анализа анкет были определены доминирующие факторы развития сахарного диабета II типа у студентов и их родственников: у студентов:

- 1) Избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) выше 25).
- 2) Нерациональное питание. Стресс.
- 3) Отягощенная наследственность (наличие сахарного диабета 2 типа у родственников первой и второй линии родства)
- 4) Гиподинамия.

На основе анализа полученных данных была определена прямая связь по наследственной предрасположенности к развитию сахарного диабета II типа у одной группы лиц, среди студентов и их родственников. А у другой группы лиц наблюдался низкий риск развития сахарного



диабета и тем, и другим обследуемым было рекомендовано обратиться в поликлинику.

Результаты научно-практической работы:

1. С целью выявления факторов риска и скрытых симптомов сахарного диабета II типа разработаны анкеты для различных возрастных групп и проведено анкетирование.
2. На основе анкетирования 70 студентов, выявлены «группы риска» (36 студентов).
3. Для всех студентов и «группы риска» проведены скрининговые обследования (измерение уровня глюкозы в крови с использованием глюкометра; измерение артериального давления, пульса; частоты сердечных сокращений; определение индекса массы тела).
4. По результатам скрининговых исследований выявлены 5 студентов с повышенным уровнем гликемии, массой тела и артериальным давлением.
5. Всем студентам и родственникам «группы риска» было рекомендовано обратиться в специализированные медицинские учреждения для проведения дополнительных обследований.
6. По результатам обращения в поликлиники были выявлены 12 студентов (6 % от участвующих в анкетировании) со скрытыми симптомами сахарного диабета II типа.
7. Проведение профилактических мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни.

Заключение

Изучение соответствующей литературы показало, что прошло более трехсот лет с тех пор, когда была открыта болезнь. Сахарный диабет – это довольно опасное заболевание, которое в любом возрасте может привести к фатальным последствиям. И хотя современные методы лечения привели к увеличению продолжительности жизни страдающих им, количество больных из года в год неуклонно растет. Радикальное излечение сахарного



диабета – вопрос будущего, а сегодня диабет в определенном смысле является неизлечимым заболеванием.

1. Выявлены причины, влияющие на развитие болезни сахарный диабет - это генетическая наследственность, нерациональное, богатое жирами и углеводами питание, малая двигательная активность, резкое увеличение стрессовых ситуаций, злоупотребление медикаментами.

2. В настоящее время прогноз при всех типах сахарного диабета условно благоприятный, при адекватно проводимом лечении и соблюдении режима питания сохраняется трудоспособность. Прогрессирование осложнений значительно замедляется или полностью прекращается. Однако следует отметить, что в большинстве случаев в результате лечения причина заболевания не устраняется, и терапия носит лишь симптоматический характер.

М.Аджиева

Руководитель: преподаватель Астежеева Г.М.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ: ЗА И ПРОТИВ

Здоровье - самое большое богатство!

Богатство, которое нельзя заработать или купить. Его только можно и нужно укреплять, беречь и лелеять. Когда мы здоровы, весь мир у наших ног и у нас миллионы самых разных желаний. Когда здоровья нет, нам нет дела до всего мира, и желание лишь одно- стать здоровым.

В чем же истина? Существует ли она вообще? Я попытаюсь разобраться в этом в ходе создания своего проекта: «БАДы – «за» и «против»».

Объектом исследования являются биологические активные добавки.

Предмет исследования: популярность БАД на рынке товаров и их влияние на здоровье человека.

Цель исследования:



- выявление причины популярности биологически активных добавок;
- оценка влияния биологически активных добавок на здоровье человека

Задачи:

- изучить научную литературу по теме проекта;
- познакомиться с понятием БАД, классификацией БАДов, их отличительными особенностями;
- выявить положительные и отрицательные стороны в употреблении БАДов;
- провести социологический опрос «Отношение к БАД»;
- сделать выводы по работе

Гипотеза:

Со здоровьем если спад-

Подберите нужный БАД,

Восстановит он вам клетки-

Будут не нужны таблетки!

В ходе решения поставленных задач применялись следующие **методы исследования**: анализ научной литературы по теме исследования, анализ, сравнение, систематизация, обобщение, наблюдение, собеседование, опрос, математико-статистические методы обработки информации.

Историческая справка

Народная медицина всегда играла большую роль в поиске средств и методов лечения различных заболеваний. На заре существования человечества это было обычной потребностью, так как официальная медицина не имела такого развития.

А история появления «БАДов» такая.

Человеческому организму помимо жиров, белков и углеводов, так же требуются микроэлементы и всякие биологически активные вещества, которые служат строительным материалом для клеток организма и



исходными компонентами для биохимических реакций, протекающих в организме.

Исторически первыми БАДами стали витамины, чей недостаток приводил к серьезным заболеваниям: цинге, анемии, пеллагре, рахиту, полиневриту.

Чем обусловлена популярность БАДов?

БАДы направлены именно на устранение причин заболевания и патологических механизмов их развития. Это натуральные природные средства. В отличие от лекарств они не имеют побочных эффектов, противопоказаний.

При длительном употреблении к ним не формируется зависимость в виде патологического привыкания, и даже спустя продолжительное время их благотворное действие на организм человека не уменьшается.

Причины востребованности БАДов.

Обратимся к статистике: за последнее время значительно возросла частота определенных заболеваний и патологических состояний. Это осознание и породило необходимость в БАДах – препаратах, изготовленных из натурального сырья, действие которых направлено на оптимизацию обменных процессов и на устранение причины заболевания. За границей БАДы регулярно принимаются большей частью населения. В Японии регулярно принимают биологически активные добавки около 90% населения, в США — 80%, в Европе — 65%, в России — 7-15% (не так давно эта цифра составляла 3%). В Японии на государственном уровне была принята программа восстановления здоровья нации, в основе которой — прием биологически активных добавок.

Отношение студентов к БАДам.

Поговорим о питании и похудении студентов-подростков, а также об их образе жизни.

Понятие «студенческого образа жизни» ассоциируются с высоким и неупорядоченным темпом жизни. Типичная жизнь студента может



привести к набору лишнего веса. Теперь каждый начнет искать способ сбросить лишний вес. Что же делать? Похудеть сложно, но похудеть так, чтобы сохранить здоровье, — ещё сложнее. Здесь, с этого самого момента, мы и поговорим о БАДах и их влиянии на похудение.

Чем опасны БАДы?

Бад - это продукт, который получают достаточно трудоемким процессом путем вытяжки веществ из различных продуктов. Это значит то, что в одной таблетке БАДа «находится» апельсин, или несколько ягод черешни и т.п., вот только стоимость такой таблетки раз 100 дороже, чем тот же апельсин или черника, или другой продукт. Проведенный анализ в научном институте показал, что прием БАДов совершенно бесполезен, так как человек для своей жизнедеятельности получает все из продуктов питания, либо витаминного комплекса. Излишне принятые препараты (БАДы) выводятся из организма как лишние вещества, отсюда и получается первый финансовый вред.

2.3 Польза биологических добавок

Прием БАДов рекомендован:

- Для профилактики некоторых заболеваний.
- Пополнения уровня витаминов, минералов.
- Укрепления иммунитета.
- В комплексном лечении хронических заболеваний.

Не стоит верить всему, что показывают и рекламируют по телевидению, у каждого организм разный, реакция на прием БАДа может быть непредсказуемая. Берегите свое здоровье, ведите здоровый образ жизни, и тогда вам точно не понадобятся биологические добавки

Некоторые медицинские аспекты

Примечательно, что организм нуждается в постоянном поступлении больших доз витаминов. Даже жирорастворимые витамины А, D, Е, которые теоретически могут накапливаться в организме, очень трудно передозировать. Ведь укрепление костей, выведение токсинов,

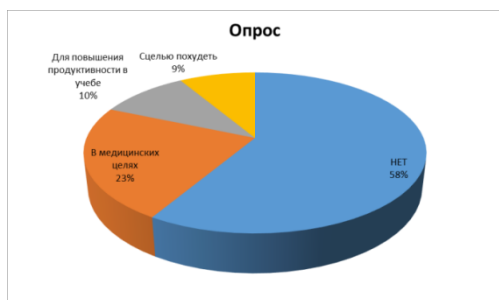


поддержание иммунитета на должном уровне – все это приводит к ежедневному повышенному витаминному расходу. В ходе употребления биологических добавок ускоряются обменные процессы, нормализуются функции органов и систем, улучшается субъективное самочувствие человека. БАДы на профессиональном уровне применяются во многих современных клиниках и центрах нутрициологии. Так что результативность БАДов в лечении многих заболеваний проверена на практике. В некоторых случаях только БАДы способны решить имеющуюся проблему и вернуть людям давно утраченную надежду на выздоровление.

Опрос

Для анализа отношения студентов к БАДам мною был проведен опрос среди студентов медицинского колледжа.

Данный опрос был проведен среди 164 студентов.



Опираясь на эту диаграмму, мы можем сказать, что современное поколение студентов не сильно знакомо с БАДами.

Более 50% студентов медицинского колледжа не пользуются БАДами. 23% используют их в медицинских целях, то есть по назначению или рекомендации врачей.

10% учащихся принимают БАДы и витамины направленные на улучшение мозговой деятельности для повышения продуктивности в обучении. С целью похудеть БАДы употребляют всего лишь 9% студентов. Поэтому считать, что если вы будете употреблять много добавок вы станете накаченным или стройной – ЗАБЛУЖДЕНИЕ!



ВЫВОД

Нужда у учащихся в БАДах складывается из следующих пунктов:

1. Студенты не уделяют должного внимания правильному питанию.
2. Большинство опрошенных студентов, как юношей, так и девушек, не делают утреннюю зарядку.
3. Большинство опрошенных студентов занимались различными видами спорта. Так же, нашлись и такие, которые не занимались спортом вообще.
4. Большинство студентов продолжает заниматься спортом.
5. Большинство респондентов уверены, что занялись бы спортом, если бы начали новую жизнь.
6. Большинство опрошенных студентов считают, что здоровый образ жизни способствует успеху в других сферах человеческой деятельности.
7. Большинство студентов считают, что здоровый образ жизни - это здорово, но сложно осуществить в реальной жизни.
8. Юноши и девушки в основном тратят достаточно много денег на приобретение витаминов, полезных продуктов питания и т.п., но есть некоторое количество студентов, которые предпочитают тратить небольшое количество денег или вообще не тратить.
9. Большинство считает, что для поднятия жизненного тонуса необходимы: соблюдение режима дня, занятие спортом и постоянные прогулки на природе.

Опрос среди студентов показал, что многие не знают, что такое БАДы, соответственно не догадываются об их вреде или пользе организму. Таким образом принимать их или нет - это индивидуальное решение каждого. Готовы ли вы рискнуть своим здоровьем ради достижения результата



ГИПОТИРЕОЗ. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Гипотиреоз – заболевание, обусловленное длительным стойким недостатком гормонов щитовидной железы. Гипотиреоз в России встречается с частотой 1: 1000 у мужчин и 19:1000 у женщин. Несмотря на распространенность, гипотиреоз очень часто выявляется с опозданием. Это обусловлено тем, что симптомы расстройства имеют постепенное начало и стертые неспецифические формы. Многие врачи их расценивают как результат переутомления, или следствие других заболеваний, или беременность у женщин фертильного возраста.

Проблема: жалобы скудные и неспецифические, тяжесть состояния не соответствует жалобам: вялость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, снижение памяти, сухость кожи, отечность, грубость голоса, ожирение, проблемы с желудочно – кишечным трактом.

Актуальность темы работы - проблема гипотиреоза имеет особую актуальность на сегодняшний день. Гипотиреоз диагностируется как у новорожденных детей, так у пациентов всех возрастных групп.

Историография - впервые щитовидную железу описал римский врач Гален в классическом трактате «О частях тела». В 1915 году английские ученые Б. Бауман и Р. Росс обнаружили первый вырабатываемый биологически активное вещество – тироксин (Т4) и расшифровали его формулу. В состав Т (4) входит 4 атома йода и незаменимая аминокислота – тирозин. В 1952 году удалось выделить другой гормон – трийодтиронин (Т3). Ее молекула содержит на один атом йода меньше.

Всемирный День Щитовидной Железы отмечается ежегодно **25 мая**, был учрежден по инициативе Европейской тиреоидологической ассоциации (European Thyroid Association, ETA) в 2008 году.

2006 г. создан приказ Министерства здравоохранения РФ за № 185 «О массовом обследовании новорожденных на наследственные заболевания»



Цель работы: проанализировать динамику основных эпидемиологических показателей населения Российской Федерации за период с 2011 – 2021 год по итоговым официальным данным государственной статистики и рассмотреть рациональные методы профилактики и лечения гипотиреоза.

Гормоны тироксин и трийодтиронин регулируют:

1. Рост и развитие человека, а также эндокринную перестройку организма во время полового созревания, беременности и климакса. Эти гормоны крайне необходимы детскому организму, при недостатке задерживается умственное и физическое развитие. Особое значение совпадает с периодом полового созревания – 12-14 лет, в это время железа увеличивается и наращивает выработку гормонов.
2. Деятельность нервной системы и других органов, а также сосудов, мышц и половых желез
3. Интенсивность окислительных процессов в клетках, приводящих к выделению тепла.
4. Все виды обмена веществ и в частности жировой.
5. От состояния и активности гормонов щитовидной железы зависят параметры фигуры, настроение и самочувствие.

Основные синдромы при гипотиреозе

- а. Обменно - гипотермический синдром: ожирение, понижение температуры, зябкость, непереносимость холода, гиперкаротинемия – повышенная желтушность кожных покровов.
2. Микседематозный отек: периорбитальный отек, одутловатое лицо, большие губы и язык с отпечатками зубов по латеральным краям, отежные конечности, затруднение носового дыхания, нарушение слуха, что связано с отеком слизистой оболочки, охрипший голос, отек и утолщение голосовых связок, полисерозит.



3. Синдром поражения нервной системы: сонливость, заторможенность, снижение памяти, боли в мышцах, парестезии, снижение сухожильных рефлексов, полинейропатия.
4. Синдром поражения сердечно – сосудистой системы: микседематозное сердце – это брадикардия, недостаточность кровообращения, гипотония, нетипичные варианты гипертонии, с постоянной тахикардией при недостаточности кровообращения.
5. Синдром поражения пищеварительной системы: увеличение печени, дискинезия желчевыводящих путей, толстого кишечника, запоры, снижение аппетита, тошнота.
6. Анемический синдром: анемия – нормохромная, нормоцитарная, гипохромная железодефицитная, макроцитарная, В 12 дефицитная.
7. Синдром гиперпролактинемического гипогонадизма: дисфункция яичников, меноррагия, бесплодие, галакторея.
8. Синдром эктодермальных нарушений: выпадение волос на голове, бровях, конечностях, их медленный рост, сухая кожа, расслоение ногтей.
9. Гипотиреодная (микседематозная) кома. Это наиболее тяжелое, порой смертельное осложнение гипотиреоза, чаще развиваются у пожилых женщин при длительно не диагностированном или нелеченом гипотиреозе.

Профилактика, диагностика и лечение гипотиреоза

Профилактика. Генетическое обследование родителей, желающих заиметь ребенка. Во время вынашивания, употреблять необходимое количество йодсодержащих продуктов и при необходимости йодсодержащих препаратов. После рождения проводится массовый скрининг на гипотиреоз на 4- 6 день рождения.

Диагностика. Для постановки диагноза врачом – эндокринологом устанавливается факт снижения функции щитовидной железы на основании осмотра, жалоб пациента.

Лабораторно - инструментальное обследование включает в себя:



- определение уровня тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) и ТТГ – тиреотропного гормона гипофиза. При гипотиреозе пониженное содержание Т4 и Т3, содержание ТТГ может быть и повышено, и понижено;
- определение уровня антител к щитовидной железе – АТ-ТГ, АТ-ТПО;
- биохимический анализ – на уровень холестерина;
- УЗИ щитовидной железы;
- скintiграфия или тонкоукольная биопсия щитовидной железы.

Лечение. В комплексном лечении используют синтетические тиреоидные гормоны пожизненно - тироксин, тиреодин, тиреотом, тиреоконб, трийодтиронин.

За последние 10 лет в результате неонатального скрининга диагностируется свыше 350 новых случаев заболевания: от 356 случаев в 2001 году до 534 случаев в 2021 году. Отмечается стойкая тенденция к ежегодному увеличению вновь выявленных случаев, связанная с одной стороны, с увеличением рождаемости, с другой – возрастающая доля охвата новорожденных. Заболеваемость за 10 летний период в Российской Федерации лидирует в Уральском и Северо – Кавказском территориальных округах. Заболеваемость в целом по стране имеет тенденцию к повышению.

За 2011 – 2021 год в Российской Федерации в результате неонатального скрининга выявлено 6867 детей с врожденным гипотиреозом, заболеваемость составила 1 на 3617 и детей (от 1 на 2379 до 1 на 4752 в различных Федеральных округах). Охват варьирует по годам и территориям. Заболеваемость по данным скрининга диагностируется в Уральском ФО, и в Северо – Кавказском ФО. При увеличении доли охвата позволяет выявить 6 - 7 новых случаев заболевания. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения особенностей заболеваемости врожденным гипотиреозом в различных регионах и совершенствовании неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз.



Абсолютное количество случаев заболевания на каждой отдельно взятой территории существенно варьирует. В первую очередь это связано с различной рождаемостью. Самое большое количество новорожденных ежегодно отмечается в Москве, где ежегодно диагностируется 85 новых случаев заболевания, это максимальное количество случаев в отдельно взятом субъекте за весь период наблюдения.

А.Махов, Д.Джанибекова
Руководитель: преподаватель Кошелева Е.Н.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ РГБОУ «КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА»

Актуальность. На сегодняшний день дистанционным обучением уже никого не удивить, большая часть учебных заведений различного уровня в России в той или иной степени использует в педагогическом процессе дистанционные технологии. Многие студенты сегодня рассматривают данную форму обучения как альтернативу обычной.

Однако для медицинского образовательного учреждения вынужденный переход на полное дистанционное обучение в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 требует тщательного анализа, связанного как с оценкой эффективности обучения, так и с удовлетворенностью студентов. Определение удовлетворенности студентов переходом на полное дистанционное обучение позволит выявить слабые стороны обучения в данном направлении и целенаправленно осуществлять меры по их усовершенствованию.

Цель исследования: анализ удовлетворенности студентов 1-2 курсов РГБОУ «Карачаево-Черкесского медицинского колледжа» дистанционной формой обучения.



В ходе работы было проведено анкетирование 121 студента 1-2 курса. Опрос проводился анонимно индивидуально. Разработанная для данного исследования анкета в приложении 1.

Анализ: на вопрос как вы адаптировались к новым условиям дистанционного обучения 50% опрошенных ответили – хорошо, 18,3% - отлично, 31,7% - удовлетворительно, при этом ни один студент не написал, что адаптироваться к дистанционному обучению получилось плохо. На вопрос: «Как вы относитесь к дистанционной форме обучения» респонденты дали следующие ответы: 58,3% ответили что, учиться обычным способом удобнее, так как объяснение материала преподавателем в аудитории намного продуктивнее; 30% отмечают, что дистанционное обучение может только вспомогательной формой обучения; 3,3% затруднились ответить; 6,7% студентов - удобнее учиться в дистанционной форме обучения.

Анализируя вопросы, связанные с возникшими у студентов трудностями, можно сделать вывод, что основными проблемами, с которыми сталкиваются студенты, являются следующие.

- Большой объем задаваемых материалов (42,7%).
- У студента нет возможности сравнивать промежуточные результаты своего обучения и других студентов, причём сравнивать «вживую»: при работе у доски, выступлениях на конференциях и т.д. (34,9%).
- Сложность выполнения практических заданий без объяснения преподавателя. Не каждый студент умеет поддерживать у себя мотивацию к самостоятельной работе. К тому же сказывается отсутствие такого эффективного мотиватора учебной деятельности как постоянный контроль со стороны преподавателя (19,4%).
- Необходимость постоянно иметь доступ в Интернет (12,1%).
- Плохая обратная связь (11,3%).
- Не хватает живой коммуникации с педагогом и сверстниками, (10,5%).

Примерно одинаковое количество студентов (7-8%) указывают на увеличение нагрузки в связи с переходом на дистанционное обучение,



недостаточное владение компьютерными технологиями, трудности настроиться на работу дома.

На вопрос, что понравилось в дистанционном обучении:

- 40% низкий риск заражения коронавирусной инфекции
- 31,7% возможность сидеть дома;
- 5 % самообучение;
- 10 % использование современных технологий обучения;
- 13,3% индивидуальный темп обучения.

Мы проанализировали насколько сильно изменился распорядок дня у студентов: 48, 3% отмечают полную смену режима, 36,7% не заметили большой разницы и 15% затрудняются ответить на этот вопрос, поскольку не имеют четкого распорядка дня.

Одной из задач нашего исследования выступило выявление уровня удовлетворенности студентов форматом дистанционного обучения и отдельными его составляющими. Мнение респондентов о дистанционном образовании в целом показало, что студенты оценивают данный формат как необходимость, но возвращаться к нему не хотят. Результаты обучения в дистанте стали хуже у 35% студентов, улучшение знаний и более самостоятельный подход к обучению отмечают 28%, не заметили разницы в результатах обучения 34% и затрудняются ответить 3%.

Так же в анкетировании 49 % респондентов подчеркивают, что увеличилась учебная нагрузка в период карантина, 32% не почувствовали увеличения, а 6% затрудняются ответить.

В ходе вынужденного обучения на дистанте студенты стали понимать, что никогда никто не заменит живого общения с преподавателем, потому что невозможно весь учебный процесс охватить цифровыми методами обучения. Именно живое общение с преподавателями и сверстниками, зарождение через такое общение личностей интереса к наукам является ключевой мотивацией в обучении.



В процессе дистанционного обучения преподаватели применяли разнообразные цифровые образовательные технологии и ресурсы, чаще всего использовали обучающие презентации, семинары и вебинары, а также Zoom сессии. В качестве наиболее оптимальных для учебного процесса форм взаимодействия с преподавателем студенты в равной степени отмечают различные способы: социальные сети, видеосервисы, чаты, практические работы, тестирование в цифровом виде Яндекс-форма, а также использование электронной почты. Большинство респондентов 52% высоко оценили, как способ подачи преподавателями учебной информации, так и ее содержание, 10% респондентов хотелось бы больше дополнительного материала к темам, при этом 18% в дистанционном обучении плохо понимают темы, 10% затруднились ответить на данный вопрос.

Таким образом, можно сделать вывод, что, в большинстве своем, студенты адаптировались к дистанционному обучению, оценивают работу преподавательского состава колледжа высоко. Трудности дистанционного обучения студентов РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж» – это проблема такого формата обучения, как такового.

Выводы. Результаты проведенного анкетирования показали, что мнение студентов о возможном использовании системы дистанционного обучения в значительной степени определяется их степенью образовательной активности, уровнем развития учебной и профессиональной мотивации.

Большая часть студентов, успевающих на «хорошо» и «отлично», имеющих высокий познавательный интерес к обучению, относится негативно к перспективе использования в будущем элементов системы дистанционного обучения. Однако часть студентов, несмотря на достоинства и недостатки данной формы обучения, занимает нейтральную позицию в этом вопросе, что можно объяснить, как недостаточной зрелостью, так и отсутствием активной жизненной позиции и мотивации к обучению.

Современные сетевые технологии позволяют использовать быстроразвивающееся информационное пространство для получения



дополнительной информации и сделать его частью образовательного процесса. Однако дистанционное обучение, по мнению большинства студентов, не может в полном объеме охватить практическую часть программы, которая является важной для будущего медицинского работника.

Д.Ботаева, С.Кочкарова
Руководитель: преподаватель ДемирташФ.А.

МОДА И ЗДОРОВЬЕ

Мода и здоровье неразрывно связаны друг с другом. Не зря существует пословица: «Нет на свете прекрасней одежды, чем бронза мускулов и свежесть кожи». Но неразумное следование моде может стать причиной заболеваний, причем серьезных.

Актуальность работы определяется широким распространением модных трендов, которые не всегда несут в себе только внешнее изменение человека, а могут повлечь за собой и внутренние – в виде различных заболеваний.

Цель исследования: выявление уровня знаний студентов РГБОУ “Карачаево-Черкесский медицинский колледж” о влиянии моды на здоровье человека.

Объект исследования: отношение студентов к моде.

Предмет исследования: современная мода и здоровье молодежи.

В задачу входили:

1. проанализировать моду как социологическую категорию;
2. изучить историю развития моды;
3. рассмотреть примеры негативного влияния модных тенденций на здоровье;
4. определить приоритеты студентов: мода или здоровье?

Мы выдвинули следующую гипотезу: изучение клинических дисциплин студентами формирует более осознанное отношение к выбору модной одежды, способствуя избеганию трендов, наносящих вред здоровью.



Первым этапом нашей работы явилось изучение краткой истории развития моды, и как представительницы прекрасного пола жертвовали и продолжают жертвовать своим здоровьем, ставя сомнительные эксперименты над собой, чтобы быть красивыми и модными.

Мода представляет собой явление очень сложное и многогранное. Понимание моды и её значение в жизни людей эволюционировало с течением времени. Возрастание роли данного феномена является одной из главных особенностей современности.

Существует много определений термина “мода”. Нам импонирует выражение знаменитого французского кутюрье Пьера Кардена: «Мода – это способ самовыражения. Модная одежда – это отражение индивидуальных качеств отдельной личности в социальном и моральном аспекте».

Неизвестно, когда люди начали носить одежду. Однако, Адам и Ева стали первыми жертвами моды, соорудив из листьев набедренные повязки. Одежда первобытных людей служила защитой от меняющихся климатических условий.

Заглянем в прошлое и проследим, какие модные тенденции были характерны для разных эпох и какое влияние они оказывали на модниц тех лет:

- Впервые изготавливать ткани и шить одежду начали в Древней Греции.
- XII-XIII века – в костюме появляется много элементов, предназначенных для украшения.
- Средние века – зарождение корсета, чтобы подчеркнуть округлости и тонкую талию. Но надевая его, выпивался стакан уксуса, чтобы в момент спазма желудка сильнее перетянуться. В результате: деформации и опущение внутренних органов, искривление ребер.
- XVIII-XIX века. Дамы в облике античных статуй, тончайшие муслиновые и газовые «туники» с глубоким декольте, увлажненная одежда для красивой обрисовки природных данных. И если дело было в России – широкие сани, пурга и на бал. В итоге: высокая смертность от пневмонии.



- XIX век. Длинные и тяжелые 20 килограммовые подолы платьев приносили много бед: мышечная слабость, заболевания нервной системы и другие недуги. Британская королева Виктория вывихнула лодыжку, наступив себе на подол.
- Конец XIX - начало XX века. Технический прогресс усугубил ситуацию: длинные юбки велосипедисток – причина многих серьезных аварий на дорогах. В 1927 году из-за чересчур длинного шелкового шарфа, зацепившегося за колесо, погибла американская танцовщица Айседора Дункан, жена Сергея Есенина. Тонкий шелк переломил хрупкие шейные позвонки и порвал сонную артерию великой танцовщицы.

Какова же ситуация с модой и здоровьем в наши дни?

Рассмотрим некоторые последствия модных тенденций, негативно влияющих на здоровье:

1. Джинсы скинни – всегда в тренде. А они ухудшают кровообращение, особенно в области таза, стягивают тазобедренные суставы, ограничивая их подвижность, что может привести к растяжению суставной капсулы
2. Джинсы с завышенной талией с тугим кожаным ремнем – нарушение нормальной работы печени, поджелудочной железы, желудка.
3. Длинные серьги триумфально вернулись в моду. Они влекут за собой растяжение и деформацию, а порой и повреждение мочки уха, требующее хирургического вмешательства.
4. Обувь на высоком каблуке. Найдётся ли девушка, которая от нее откажется? Выше пяти сантиметров каблук каждый день грозит деформацией позвоночника и стопы, нарушением кровообращения, уменьшением притока крови к голове, проблемам позвоночника и бедер, перенапряжению подколенных сухожилий, смещением внутренних органов.
5. Тесная обувь чревата развитием болезненных новообразований стоп – пяточных «шпор» из-за появления микротрещин на хрящевой ткани;



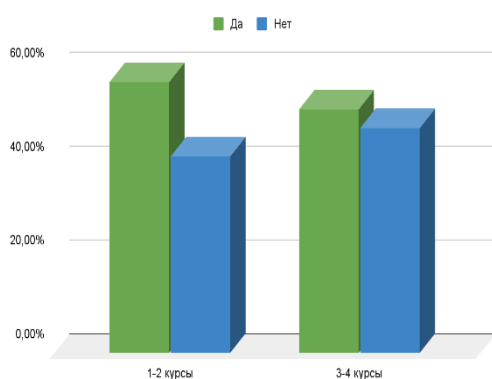
вальгусной деформацией первого пальца стопы, варикозного расширения вен и тромбофлебита.

6. Сапоги-угги. Казалось бы, они точно не могут навредить здоровью: ровная и толстая подошва очень удобна. Но ортопеды предупреждают: нога скользит и это может привести к плоскостопию, износу суставов стоп, бедер, таза.
7. Бюстгальтер push-up является причиной многих болезней: травмируется позвоночник, нарушается осанка, ухудшается кровообращение, возникают боли в шее, руках и плечах, повышается риск развития раковых заболеваний.

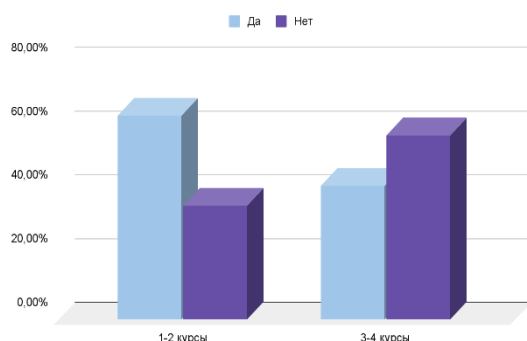
Поэтому **вторым этапом** нашего исследования явилось выявление приоритетов студентов РГБОУ “Карачаево-Черкесский медицинский колледж” в выборе одежды, обуви и аксессуаров и их осведомленности относительно негативного влияния модных трендов на здоровье. С этой целью было проведено анкетирование среди студентов 1-4 курсов. Разработанная электронная анкета с помощью сервиса “Google Формы”, отправлялась на электронную почту студентам колледжа, которые проходили по ссылке и отвечали на вопросы.

Всего приняло участие 256 респондентов, из них 132 – это студенты 1 и 2 курсов, 124 – 3 и 4 курсов.

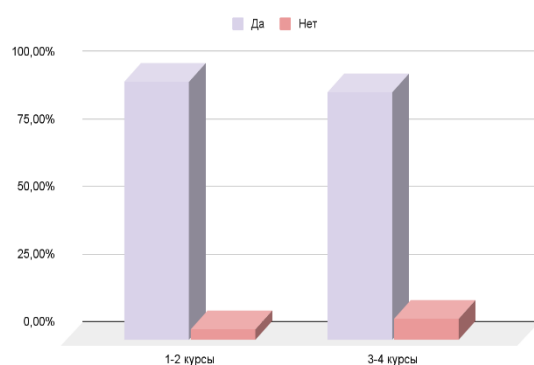
1. На вопрос: “Для Вас важно одеваться по моде?”, мы выяснили: студенты любят одеваться модно, но большее предпочтение ей отдают студенты младших курсов.



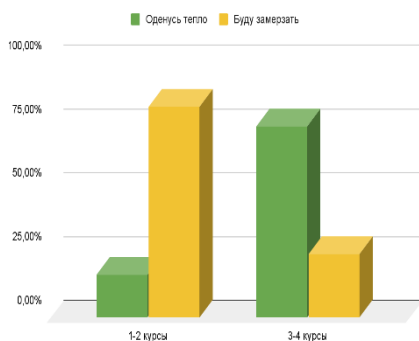
2. Следующий вопрос: “Вы стараетесь приобретать вещи, которые в тренде?”. Предпочтение им отдают студенты младших курсов (более 60%).



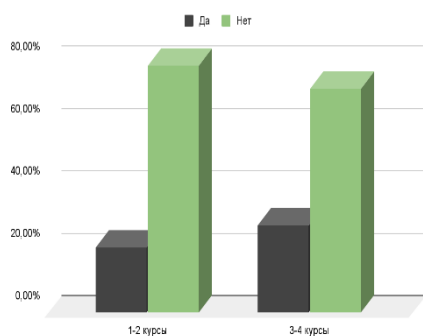
3. На вопрос о том, задумываются ли студенты об удобстве приобретаемой одежды или обуви, практически все дали утвердительный ответ, что является немаловажным фактом.



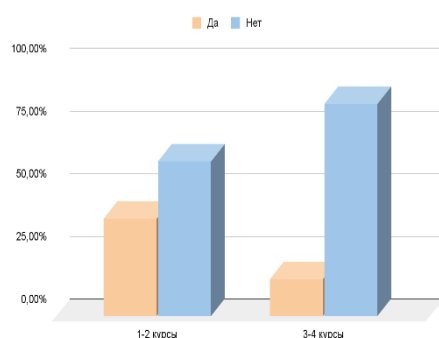
4. “В прохладную погоду вы предпочитаете одеваться тепло или мерзнете, чтобы сохранить прическу?”. Студенты младших курсов пренебрегают своим здоровьем (75%).



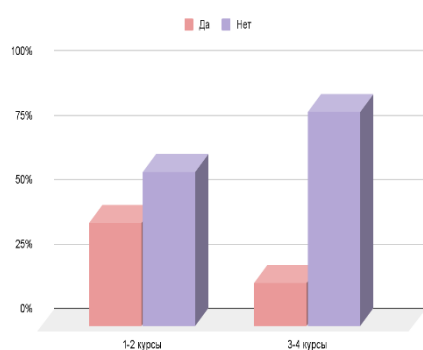
5. Относительно короткой или укороченной одежды: наши респонденты мало увлекаются ею (30%-младшие курсы, 10%-старшие).



6. На вопрос: “Вы носите ежедневно бюстгальтер push-up”, не отказываются его носить 44% студентов младших курсов и 15%-старших.

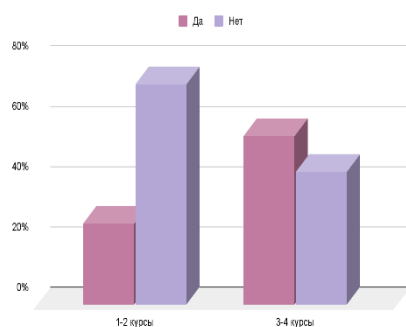


7. Тесные джинсы предпочитают 45% студентов младших курсов, и менее 15% студентов старших курсов.

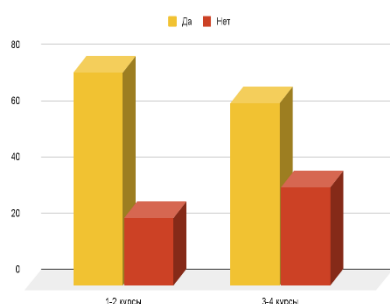


8. Как выяснилось, вальгусная деформация первого пальца стопы (“косточка”, “шишка”) беспокоит многих студентов: 27% студентов младших курсов и 43% – старших курсов.





9. Угги являются очень популярной моделью обуви среди наших студентов: 78% – младшие курсы и 60% – старшие курсы.



На основе анализа результатов исследования нами были сделаны следующие выводы:

1) Большинство студентов проявляют интерес к моде и стараются одеваться, придерживаясь модных тенденций при выборе предметов гардероба.

2) Студенты младших курсов более подвержены «слепому» следованию модным трендам, не задумываясь о последствиях.

3) Студенты старших курсов осознаннее подходят к выбору одежды, будучи более осведомленными о негативном ее воздействии на здоровье.

Анкета выявила следующую проблему: студенты иногда не понимают суть вредного воздействия некоторых моделей.

С целью предотвращения таких ошибочных суждений была проведена профилактическая работа с использованием электронных ресурсов: были составлены рекомендации.



Заключение:

Слепое следование модным тенденциям – это большая социальная проблема. Поможем себе и нашим сверстникам предотвратить пагубные последствия, возникающие при взаимодействии с модой, чтобы сохранить самое дорогое, что у нас есть – здоровье и жизнь!

Практическая значимость – это использование полученной информации на тематических классных часах студентов 1 и 2 курсов с целью проведения воспитательной работы, способствующей выработке осознанного подхода к выбору одежды для сохранения здоровья.

Л.Касаева, А.Чотчаева

Руководитель: преподаватель Джанкезова Д.Р.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Хронические неинфекционные заболевания являются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, к ним относятся болезни системы кровообращения, новообразования, сахарный диабет 2-го типа, хронические болезни органов дыхания (также это главная причина смертности в мире; они являются причиной 70% смертей). Распространению этой эпидемии способствуют расширение масштабов распространения ожирения, рост несбалансированных рационов питания.

Поэтому на первом месте в деятельности медицинских работников стоит предупреждение заболеваний, то есть профилактика и важная роль в этом принадлежит медицинской сестре.

Тема исследования: «Поведенческие факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний»

Предмет исследования: выявление поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний; взаимосвязи между образом жизни человека и заболеваемостью.



Объект исследования: контрольная группа из 40 человек с различными хроническими неинфекционными заболеваниями.

Цель исследования: изучение факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний; изучение зависимости заболеваемости от образа жизни; выявление факторов, влияющих на заболеваемость, анализ и обобщение полученных данных; меры профилактики по предупреждению хронических неинфекционных заболеваний.

Задачи исследования:

1. Выявить факторы, которые могли привести к возникновению заболеваний в исследуемой группе.
2. Найти взаимосвязь между заболеванием и факторами риска, которые могли привести к возникновению заболеваний в исследуемой группе.
3. Провести анализ полученных результатов.

Хронические неинфекционные заболевания, такие как сердечно-сосудистые, онкологические, являются основной причиной смертности населения и, в определенной мере, связаны с образом жизни, с наличием в анамнезе факторов риска, вредных привычек, таких как курение, избыточная масса тела, гиподинамия, нерациональное питание, психическое перенапряжение, злоупотребление алкоголем, курение, недосып, стресс, длительная работа за компьютером и т.д.

Курение – самая распространенная вредная привычка в мире. Но есть и другие, неочевидные привычки, которые исподволь сокращают нашу жизнь.

Гиподинамия – недостаточная физическая активность. Если работа или лень, вынуждают вас проводить свой день сидя, то можно заработать серьезные проблемы со здоровьем. Риски увеличиваются после непрерывного пятичасового сидения. Для предотвращения их необходимо каждый час делать 10-минутный перерыв или периодически делать работу стоя.

Несбалансированное питание – состояние организма примерно на 50 % зависит от питания и приводит к нарушению здоровья, падению иммунитета.



Недостаточное пребывание на солнце – нарушение выработки витамина Д, подавленное психологическое состояние, депрессия. Достаточно ежедневных пеших прогулок в течение одного- двух часов.

По данным экспертов ВОЗ здоровье человека обусловлено: на 50% условиями и образом жизни, на 20-25% - экологическими факторами, на 15-20% - генетическими особенностями организма, на 5-10 % - состоянием и уровнем развития здравоохранения.

Здоровье в современном обществе приобретает особое, приоритетное значение. В современном мире актуальность здорового образа жизни обусловлена возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих сдвиги в состоянии здоровья.

Классификация хронических неинфекционных заболеваний

К наиболее распространенным хроническим неинфекционным заболеваниям относятся **такие болезни, как:**

- Ожирение
- Гипертоническая болезнь
- Атеросклероз
- Ишемическая болезнь сердца
- Сахарный диабет 2 типа
- Обменно-дистрофический полиартрит
- Неврозы

Рассмотрим эти заболевания подробнее. Например, ожирение. В 95 случаях из 100 это прямое следствие или неправильного питания, либо снижения расхода энергии.

Гипертоническая болезнь в 60% случаев развивается у лиц с избыточным весом. А стрессы, которые способствуют проявлению гипертензии? Разве они не определяются образом жизни? «Человек не



выбирает свою болезнь, но он выбирает стресс и, именно стресс выбирает болезнь» (Ирвин Дэвид Ялома, психотерапевт).

Сахарный диабет 2 типа так же в основном развивается при ожирении, часто проявляется после стресса. Среди этих больных у 70-85% регистрируется избыточный вес и ожирение, неправильное питание, гиподинамия.

Атеросклероз - наиболее частая причина смерти - прямое следствие нарушения жирового обмена, а жировой обмен, это прямое следствие образа питания и двигательной активности.

С учетом сказанного выше, можно заключить, что поведенческие факторы играют важную роль в возникновении и развитии практически всех заболеваний, но при некоторых болезнях роль образа жизни становится во многом определяющей и ведущей.

Во многих странах уже поняли, что без изменения образа жизни, выздороветь невозможно. Из ста больных с диабетом 2 типа в США 60 обходятся только диетой, 30 получают сахароснижающие препараты и 10 - инсулин. В России ситуация противоположная. Лишь 20 больных компенсируются диетой, 70 получают таблетированные препараты и те же 10 - инсулин. Это говорит о том, что недостаточно учитывается значение диеты, как мощного лечебного фактора при диабете 2 типа.

Практика показывает, что многие пациенты не видят большого смысла в профилактическом и лечебном действии коррекции факторов образа жизни, и если врач и высказывает пожелание похудеть или больше двигаться, отношение к подобным пожеланиям не более, чем снисходительно-ироничное. Да, хорошо бы, но ничего подобного пациент делать не будет. Почему? Да уже потому, что врач или медсестра не находит нужных аргументов, не дает конкретных советов и не настаивает на их соблюдении.

Данные собственного исследования

Исследование по теме «Поведенческие факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний» было начато в феврале 2019



года, но, в силу различных причин, главной из которых оказалась пандемия COVID 19, обработка и анализ собранных данных были проведены только в начале 2022 года вместе с данными из «Центра здоровья», собранными в 2022 году.

Объект исследования: контрольная группа из 40 человек с различными заболеваниями.

Было проведено анкетирование среди пациентов с различными заболеваниями, этиология которых может быть связана с тем образом жизни, который вели данные пациенты; проведена выборка из 40 анкет, в которых содержались вопросы для выявления факторов риска различных заболеваний, зависящих от образа жизни, таких как сахарный диабет II типа, ожирение, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь.

Анкеты были розданы пациентам эндокринологического, кардиологического, пульмонологического, неврологического и терапевтического отделений Карачаево – Черкесской Республиканской Клинической больницы; пациентам кардиологического, пульмонологического и терапевтического отделений Черкесской городской Клинической больницы (февраль 2019 – март 2020 г), пациентам «Центра здоровья»- февраль-апрель 2022 г. На основании данных анкетирования выявлены факторы риска развития данных заболеваний, проведен сравнительный анализ заболеваемости и факторов риска, приведших к заболеваниям.

Факторы риска развития заболеваний органов дыхания:

- Курение
- Профессиональные вредности
- Условия быта

По данным медицинской литературы: от 40 до 90 % случаев причиной заболеваний органов дыхания является курение; от 60 до 90 % (по различным данным) – профессиональные вредности: работа в шахте, контакт с токсичными веществами, запыленность, сырость, вдыхание ядовитых паров.



Неблагоприятные бытовые условия: запыленность, сырость, плесень, недостаточное проветривание помещения также могут вызвать патологические изменения со стороны органов дыхания.

По данным собственного исследования: на первом месте среди причин, вызвавших заболевания – курение, затем – производственные вредности, и сочетание обоих этих факторов.

На основании опроса пациентов, можно сделать вывод, что развитие заболевания в 80 % случаев связано с курением; 40 % с профессиональными вредностями; 20% - это сочетание курения и неблагоприятных производственных условий (см диаграмму №1).

Факторы риска развития сахарного диабета II типа:

- Ожирение
- Нерациональное питание
- Гиподинамия
- Стрессы
- Перенесенные инфекции
- Отягощенная наследственность

По данным медицинской литературы вышеперечисленные факторы риска являются основными.

По данным собственного исследования: (в порядке убывания) – ожирение, гиподинамия, отягощенная наследственность, стресс и сочетание нескольких из перечисленных факторов.

Для выявления зависимости развития сахарного диабета II типа от образа жизни, было проведено сестринское обследование (анкетирование) пациентов эндокринологического отделения КЧРКБ; выявлены особенности образа жизни, наличие ожирения в анамнезе и вредных привычек.

На основании сестринского обследования и анкетирования пациентов, можно сделать вывод, что развитие заболевания в 100 % случаев связано с ожирением, гиподинамией; 40 % связывают болезнь со стрессом; 40% - это



сочетание ожирения и стресса. Отягощенная наследственность в 60% случаев.

100 % опрошенных больных не соблюдает диету, назначенную врачом, 80 % больных продолжают вести малоподвижный образ жизни. Проанализировав выявленные факторы риска, также можно сделать вывод, что большинство из них, кроме отягощенной наследственности, относится к так называемым, модифицируемым факторам риска, то есть, к тем, которые, при желании и при условии, что пациент знает причины возникновения заболевания; можно изменить.

Факторы риска развития гипертонической болезни:

- Ожирение
- Нерациональное питание
- Гиподинамия
- Стрессы
- Возраст старше 40 лет

По данным медицинской литературы: перечисленные факторы риска являются основными.

По данным собственного исследования: выявленные при сестринском обследовании факторы риска идентичны данным медицинских исследований, описанных в изученной медицинской литературе.

Для выявления зависимости развития гипертонической болезни от образа жизни, было проведено сестринское обследование (анкетирование) пяти пациентов кардиологического отделения КЧРКБ; выявлены особенности образа жизни, особенности питания, условия работы, наличие стрессов, ожирения в анамнезе и вредных привычек.

На основании анкетирования и сестринского обследования пациентов, можно сделать вывод, что развитие заболевания в 100 % случаев на фоне ожирения; 80% с гиподинамией; 40 % со стрессом; 40% - это сочетание ожирения и стресса; в 60 % случаев выявлена отягощенная наследственность; 100 % опрошенных больных не соблюдает диету, назначенную врачом, 80 %



больных продолжают вести малоподвижный образ жизни, 100% больных не принимают регулярно гипотензивные препараты; 20% курит и употребляет алкоголь.

Факторы риска развития ожирения:

По данным медицинской литературы:

- Нерациональное питание
- Гиподинамия
- Эндокринная патология
- Стрессы
- Метаболические нарушения

На основании анкетирования можно сделать вывод, что развитие заболевания в 100 % случаев связано с перееданием, гиподинамией; 40 % со стрессом; Отягощенная наследственность в 40% случаев; 100 % опрошенных больных не соблюдает диету, назначенную врачом, 80 % больных продолжают вести малоподвижный образ жизни; у 100% больных ожирению сопутствуют гипертоническая болезнь и сахарный диабет II типа; у одного больного ИБС, гипертоническая болезнь и сахарный диабет II типа, что составляет 20% от общего числа опрошенных.

Заключение.

Были выявлены особенности образа жизни у пациентов в обследуемой группе, выявлены факторы риска развития заболеваний; взаимосвязь между образом жизни и заболеваемостью; полученные данные проанализированы и сделаны выводы.

Цель исследования достигнута.

Из результатов исследования стало очевидно, что больные, в принципе, осознают, что их здоровье зависит от них самих и большинство считает здоровый образ жизни привлекательным и престижным. Однако они предпринимают мало действий для укрепления здоровья: мало двигаются, неправильно питаются, не закаливают свой организм, так же многие не могут отказаться от вредных привычек.



Также выявлено, что большинство из выявленных факторов риска, являются модифицируемыми, то есть, при достаточной мотивации и желании, у пациентов есть все условия для изменения состояния своего здоровья в лучшую сторону.

А.Зитляужев, Л.Франк
Руководитель: преподаватель Зитляужева Р.А-К.

ПОДРОСТКОВАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Аннотация: в последние годы особую остроту и актуальность приобретает проблема преступности несовершеннолетних. Специалисты из разных областей высказывают тревогу по поводу деградации молодого поколения, которое, еще не начав жить, уже лишило себя перспективы найти достойное место в обществе.

«От сумы да от тюрьмы не зарекайся!» — это суровое предупреждение пришло в нашу жизнь из прошлого. Оно напоминает о самых неблагоприятных поворотах судьбы.

Мы выбрали эту тему для исследования, связанную с преступностью несовершеннолетних в нашей стране, так как считаем её важной и интересной для рассмотрения. В настоящее время её исследуют многие российские социологи, но, на наш взгляд, больше всего она касается нас — молодёжь. Потому что мы — будущее нашей страны. И то, каким будет это будущее, зависит только от нас самих.

Преступление - это совершенное виновное общественно опасное деяние характеризующееся признаками, предусмотренными настоящим Кодексом, и запрещенное им под угрозой наказания (Ст. 11 УК РФ)

Преступность несовершеннолетних - это совокупность преступлений в обществе, совершаемых лицами в возрасте от 14 до 18 лет.

Минимальный возраст несовершеннолетнего определяется ст. 20 УК, которая предусматривает, что уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления 16 лет. За некоторые



преступления, перечень которых установлен в ч. 2 ст. 20 УК РФ, установлен пониженный возраст уголовной ответственности - четырнадцать лет.

К таким преступлениям относятся: убийство (ст. 105), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111), умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (ст. 112), похищение человека (ст. 126), изнасилование (ст. 131), насильственные действия сексуального характера (ст. 132), кража (ст. 158) и др.

Таким образом, преступность несовершеннолетних - это лишь начальная часть общей преступности.

Тезис 1. Подростковая преступность имеет отличительные особенности и прежде всего это связано с особенностями возрастного периода.

Психология подросткового возраста обусловлена физическими изменениями организма ребенка.

В подростковом возрасте возрастает самостоятельность ребенка. В данный период формируется его сознательное отношение к себе как к члену общества.

Общая характеристика подросткового возраста отличаются следующими чертами поведения:

- эмоциональной неустойчивостью;
- резкими перепадами настроения;
- повышенным самолюбием;
- резкостью суждений;
- застенчивостью и неуверенностью в своих силах.

Таким образом, подростковый возраст - очень сложный период жизни несовершеннолетнего, а если к нему добавляются еще и факторы, способствующие деформации личности подростка, это, в большинстве случаев, ведет к формированию преступной личности.

Тезис 2. В механизме причинности преступности причина порождает следствие, а условие способствует совершению преступления.



1. Бездзорность и беспризорность несовершеннолетних преступников и несовершеннолетних потерпевших.

К основным криминогенным факторам семей, находящихся в социально опасном положении, которые негативно влияют на поведение несовершеннолетних, не противостоят, а способствуют совершению ими преступлений, относятся:

- воспитание детей в условиях неполной семьи, одним родителем;
- наличие в семье судимых родственников (родителей, братьев, сестер, бабушек, дедушек);
- злоупотребление спиртными напитками взрослыми членами семьи, скандалы, драки и др.
- тяжелое материальное положение, плохие жилищные условия семей, отсутствие отдельной комнаты для детей, нужда в питании, одежде;
- низкая правовая культура, правовой нигилизм родителей и других взрослых членов семьи;
- грубость, жестокость, насилие в семье, воспитание детей в условиях

2. Отсутствие у основной части молодежи веры в закон и справедливость.

3. Насилие.

4. Негативное воздействие СМИ

5. Деятельность неформальных молодежных объединений криминогенной направленности и влияние организованной преступности.

Тезис 3. Профилактика преступлений в подростковой среде представляет собой “организованный процесс, в котором есть четко сформулированная цель - не допустить конфликта молодого человека с законом.



Таким образом, влияние на криминализации подростков оказывает микросреда: семейные, школьные и досуговые отношения, субъективные факторы.

По данным информационных центров Уполномоченного по правам ребенка в Карачаево- Черкесской Республике.

Преступность несовершеннолетних в 2021 году снизилась на четверть и составила 64 преступления против 86 в 2020 году. В тоже время, в совершение этих преступлений вовлечена на 3% больше несовершеннолетних.

Тезис 4. Условия, способствующие совершению преступлений, можно определить как условия воспитания в семье, влияние школы, ближайшее бытовое окружение, культурно-образовательный уровень, организация быта и досуга. Так, существенное негативное влияние на поведение несовершеннолетних оказывают взрослые.

Заключение

Подростки и молодежь юношеского возраста представляют собой особую группу риска.

Подростковая среда болезненно реагирует на негативные последствия кризисного состояния общества, на экономическую и политическую нестабильность.

На практике чаще всего используют следующие меры индивидуального предупреждения:

- профилактическая беседа;
- внесение представлений и определений об устранении причин и условий преступлений; предупреждение о постановке на профилактический учет; постановка на профилактический учет;
- профилактическая опека;
- административный надзор.



Но этого бывает недостаточно. Чаще всего, когда подростки «оступаются», они не находят помощи, поддержки общества. Наоборот, общество отталкивает таких подростков, изгоняет их.

Если общество перестанет быть таким жестким, если люди станут более отзывчивыми, то можно будет спасти множество молодых жизней. Мы вступаем в жизнь и будем участвовать в становлении полноценного гражданского общества с большей социальной справедливостью.

Это зависит и от наших знаний, образованности, духовности, душевных и моральных качеств, и, не в последнюю очередь, от уровня правосознания каждого из нас. Невозможно в небольшой работе рассмотреть все проблемы подростковой преступности, но очевидно одно: общество, не занимающееся этой проблемой, уничтожает свое будущее.

Продуктом нашей работы является «Памятка для родителей и подростков».

В ней даны советы, как уберечь несовершеннолетнего от правонарушений.

Вывод: нестабильность во всех сферах жизни приводит к нестабильности и в системе нравственных ценностей и норм в подростковой среде, следовательно, актуализирует проблему формирования правовой культуры подростков.

Таким образом, цель достигнута, задачи решены, гипотеза нашла свое подтверждение.



С.Абдуллаева

Руководитель: преподаватель Е.А. Семенченко

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ МОНОЦИКЛИЧЕСКИЕ И БИЦИКЛИЧЕСКИЕ ТЕРПЕНЫ

В настоящее время в нашей стране современная медицина использует около 3000 веществ, субстанций и препаратов, ассортимент которых систематически обновляется. Среди лекарств самого разнообразного назначения примерно $\frac{1}{3}$ получают из лекарственных растений. Применение средств растительного происхождения в первую очередь обусловлено их высокой биологической активностью и комплексным воздействием на организм.

В РФ препараты растительного происхождения, содержащие эфирные масла составляют приблизительно 30% от общего числа используемых в практической медицине. Растительные лекарственные препараты оказывают политерапевтическое действие, так как содержат комплекс активных веществ. К тому же, лекарства, созданные из растений, не вызывают, как правило, побочных эффектов.

Большая доля лекарственных растений и фитопрепаратов из них, применяемых в медицине, содержит моноциклические и бициклические терпены, которые являются действующими веществами лекарственных препаратов различных фармакологических групп.

Цель работы – проведение анализа основных характеристик препаратов, содержащих моноциклические и бициклические терпены.

Для достижения поставленной цели были решены следующие **задачи**:

1. Изучены характеристика и свойства моноциклических и бициклических терпенов, классификация эфирных масел их содержащих.



2. Изучены литературные источники о лекарственном растительном сырье, содержащем моноциклические и бициклические терпены, их применении.
3. Изучены препараты, полученные из лекарственного растительного сырья данной группы, показания к их применению и противопоказания.
4. Проведен качественный анализ моноциклических и бициклических терпенов в лекарственном растительном сырье.
5. Проведен мониторинг ассортимента, цены фитопрепаратов, содержащих моноциклические и бициклические терпены и анализ спроса на них в аптечных сетях города Ставрополя.

Моноциклические и бициклические терпены входят в основном в состав эфирных масел и относятся к терпенам или к терпеноидам.

Терпеноиды – это органические соединения, содержащие кислород, углеродный скелет которых образован из изопреновых звеньев. Эфирные масла, относятся к различным классам органических соединений, преимущественно к терпеноидам или алифатическим.

Моноциклические терпены. Это природные углеводороды, образованные сочетанием двух изопреновых фрагментов. Среди монотерпеноидов наибольшее распространение имеют ментол и цинеол.

Бициклические терпены представляют собой соединения с двумя конденсированными неароматическими кольцами и одной этиленовой связью.

Среди бициклических монотерпеноидов наибольшее распространение имеют пинен, борнеол. Все монотерпены и бициклические терпены имеют много общего в строении и в той или иной степени обладают антисептическими -линалол (лаванда), гераниол, цитронеллол (роза, лимон), бактерицидными -евгенол (гвоздика и лавр), отхаркивающим - цинеол (эвкалипт), седативным действием -цитраль (мелисса), противовирусным - лимонен (цитрусовых масел), противовоспалительным и спазмолитическим действием. В виду большого разнообразия фармакологических эффектов в



сочетании с низкой токсичностью, интерес исследователей к терпенам и их производным сохраняется и в настоящее время.

Эфирные масла представляют собой смеси душистых веществ, относящихся к различным классам органических соединений, преимущественно к терпеноидам, реже ароматическим или алифатическим соединениям.

Эфирные масла - летучие ароматные жидкости сложного химического состава, главными компонентами которых являются терпеноиды. Представляют собой многокомпонентные смеси органических соединений, главным образом терпенов и их кислородных производных - спиртов, альдегидов, кетонов, эфиров.

Биологическая активность эфирных масел разносторонняя: они могут действовать как антисептические, спазмолитические и отхаркивающие средства. У некоторых эфирных масел отмечают обезболивающее и успокаивающее действие, или возбуждающее нервную систему, другие действуют на работу сердца (камфора) третьи употребляются как глистогонное средство.

Входящие в состав эфирных масел сесквитерпеновые лактоны проявляют противовоспалительную, антибактериальную, кардиотоническую, антигельминтную, рострегулирующую и противоопухолевую активность.

Все, без исключения эфирные масла, при соблюдении дозировки, не вызывают привыкания, не имеют негативного побочного влияния на организм. 100% эфирных масел оказывают бактерицидное действие и используются в косметологии. Около 60% масел благоприятно воздействуют на дыхательные пути. Небольшой процент (20%) масел влияют на гормональный фон и убивают паразитов (рисунок 1).



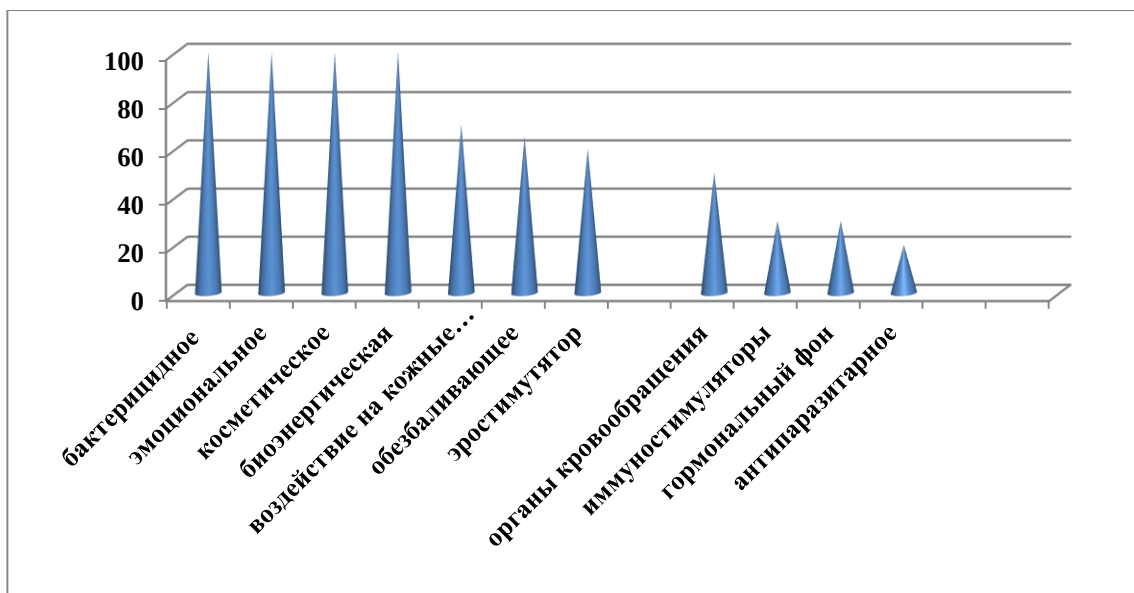


Рисунок 1. Действие эфирных масел по функциональным свойствам

Очень часто в состав фитопрепаратов входят действующие вещества эфиромасличных лекарственных растений, содержащих моноциклические и бициклические терпены. Это такие растения как: мята перечная, эвкалипт, сосна.

Несмотря на то, что эти лекарственные растения принадлежат не только к различным классам по систематике, но и к различным семействам, все они содержат эфирные масла с моноциклическими (мята, эвкалипт) и бициклическими (сосна) терпенами, которые обладают противовоспалительным, бактерицидным, антисептическим, отхаркивающим, фугицидным, спазмолитическим и небольшим анальгизирующим действием.

При их применении больной получает целый комплекс родственных соединений, а они влияют на его организм гораздо мягче, лучше переносятся, не обладают кумулятивными свойствами.

Нами был проведен качественный анализ эфирных масел, содержащих моноциклические и бициклические терпены, которые очень часто входят в состав фитопрепаратов.

Анализ эфирных масел в растениях проводят методом хроматографии и качественными реакциями.



Поскольку не было возможности определять подлинность методом хроматографии, то в практической части работы был проведен качественный анализ эфирных масел листа мяты перечной и эвкалипта с помощью других реакций, с различными реактивами.

Сделали срез листа мяты, опустили его на несколько минут в раствор Судана III, а затем поместили в пробирку с небольшим количеством глицерина, содержимое пробирки окрасилось в зеленый цвет. Так же реакция протекает, если глицерин заменим на воду (рисунок 2).

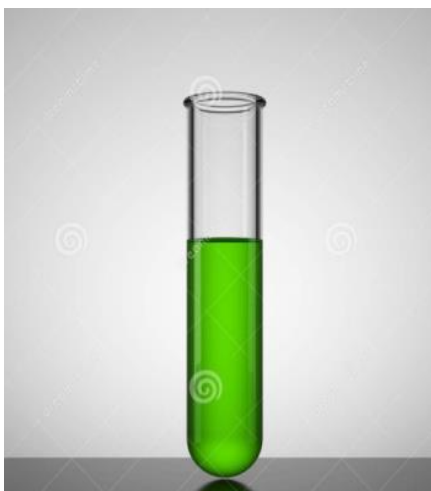


Рисунок 2. Реакция с глицерином



Рисунок 3. Реакция с Суданом III

Совсем по другой методике была проведена качественная реакция на эфирные масла в листьях эвкалипта. Был взят настой листьев эвкалипта, к которому добавили несколько капель Судана III. На наличие эфирного масла указало окрашивание раствора в пробирке сначала в желто – оранжевый, а затем, в оранжево-красный цвет.

Проведенные качественные реакции доказали наличие в сырье эфирных масел, содержащих моноциклические и бициклические терпены, и подтвердили подлинность лекарственного растительного сырья.

Был проведен сравнительный анализ основных характеристик фитопрепаратов, содержащих в своем составе моноциклические и бициклические терпены. Для анализа были выбраны широко применяемые населением и рекомендуемые врачами препараты: Пектусин, Пиносол,



Меновазин, Ингалипт, содержащие в своем составе эфирные масла лекарственных растений.

Эти препараты комплексные (Пектусин) и комбинированные, состоящие из смеси эфирных, растительных масел и синтезированных соединений (Пиносол, Меновазин, Ингалипт), применяются при лечении воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, и в качестве местного обезболивающего при невралгии, артралгии (Меновазин).

Они очень эффективны, как при самостоятельном лечении, так и в комплексной терапии с другими препаратами. Практически не имеют противопоказаний, за исключением повышенной чувствительности к компонентам препарата, аллергии на эфирные масла и детский ранний возраст. Как не странно, но больше всех противопоказаний имеет Пектусин. Он не показан детям до 7 лет, при сахарном диабете, так как содержит сахар и еще может вызвать бронхоспазм при астме.

На последнем этапе исследования был проведен анализ ассортимента этих препаратов, изучено отношение потребителей к их применению при терапии различных заболеваний.

Для сбора данных были выбраны две крупные аптечные сети города Ставрополя: ООО «Бережная аптека «Апрель»» и ООО «Дельта». При сборе информации был применен метод социологического исследования – интервью.

Задавались следующие вопросы: «Используете ли вы эфирные масла или препараты, содержащие их?», «По какой причине отказались от использования данной группы препаратов?», «Что повлияло на Ваш выбор?», «Откуда Вы получаете информацию», «Считаете ли Вы, что предложенные препараты эффективны?», «Устраивают ли Вас цены на данные единицы ассортимента?». В качестве респондентов выступили 96 посетителей аптек.

Для получения оперативной информации о применении растительных препаратов посетители аптек используют в первую очередь источники, которые не всегда могут дать всестороннюю и объективную характеристику



(общение с родными, познавательные программы о здоровье на телевидении, общение со знакомыми, аптечные специалисты и др.). Так, консультации аптечных и медицинских специалистов занимают соответственно четвертое и восьмое ранговое место среди исследуемых источников, что свидетельствует о необходимости дополнительного информирования населения по исследуемому вопросу.

Выявлено, что среди всего ассортимента фитопрепаратов, последние широко используются для лечения ЖКТ (4,9 %), заболеваний нервной (4,8 %), дыхательной системы (3,6 %), сердечно-сосудистой (2,4 %). Обнаружено, что около 2,4 % фитопрепаратов, относятся к группе жизненно-важных препаратов, которые используются для лечения онкологических заболеваний. Среди респондентов преобладали женщины.

Провели анализ причин применения эфиромасличных растений и препаратов из них. Около 39% респондентов вовсе не используют данную группу фитопрепаратов, у 13% - имеется аллергия на эфирные масла, 25% людей применяют эфирные масла в ароматерапии, 17% - сезонно, а 6% следуют течению моды (рисунок 4).

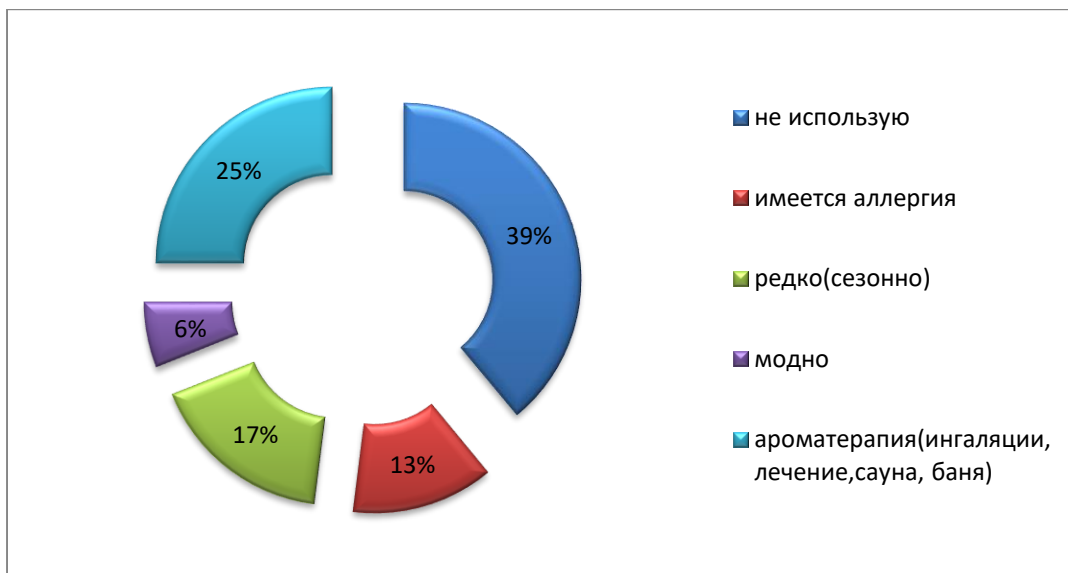


Рисунок 4. Причины применения эфиромасличных растений и препаратов из них

Был проведен мониторинг спроса на лекарственное растительное сырье, содержащее эфирные масла и препараты из него, по



фармакологическим группам. Был сделан вывод, что наибольшим спросом пользуются противокашлевые препараты, содержащие эфирные масла - их 30 %. Чуть меньшим спросом пользуются обезболивающие препараты- 18%, противоглистные 18% и противомикробные- 8%. Самый низкий спрос у населения на ранозаживляющие препараты данной группы- 4% (рисунок 5).

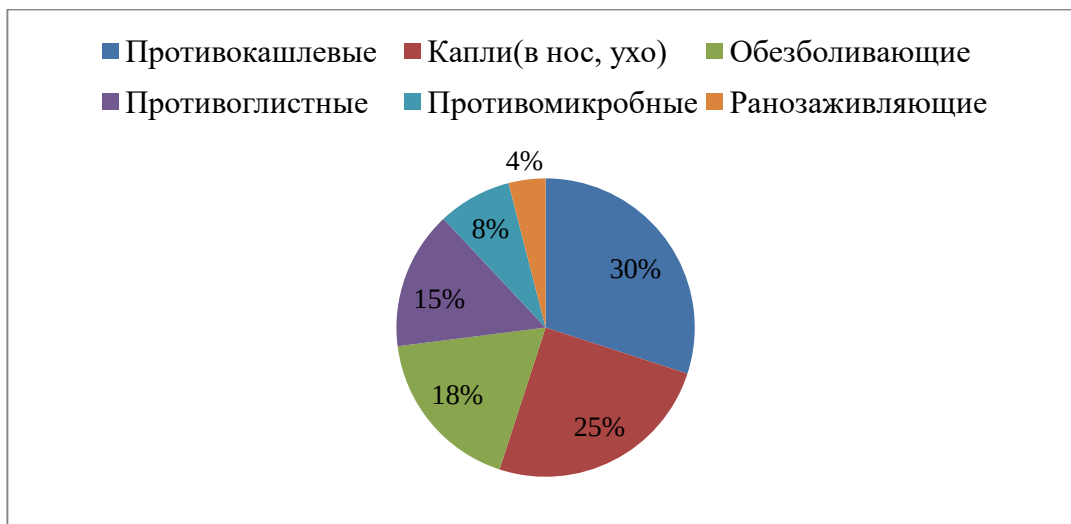


Рисунок 5. Спрос на лекарственное растительное сырье, содержащее эфирные масла и препараты из него, по фармакологическим группам

Наиболее часто эфирные масла входят в состав мазей- 35% и капель- 25%. Редко входят в состав таблеток- 18%. Очень редко входят в состав капсул-6%, аэрозолей- 6%, сиропов- 6% и других лекарственных форм (рисунок 6).

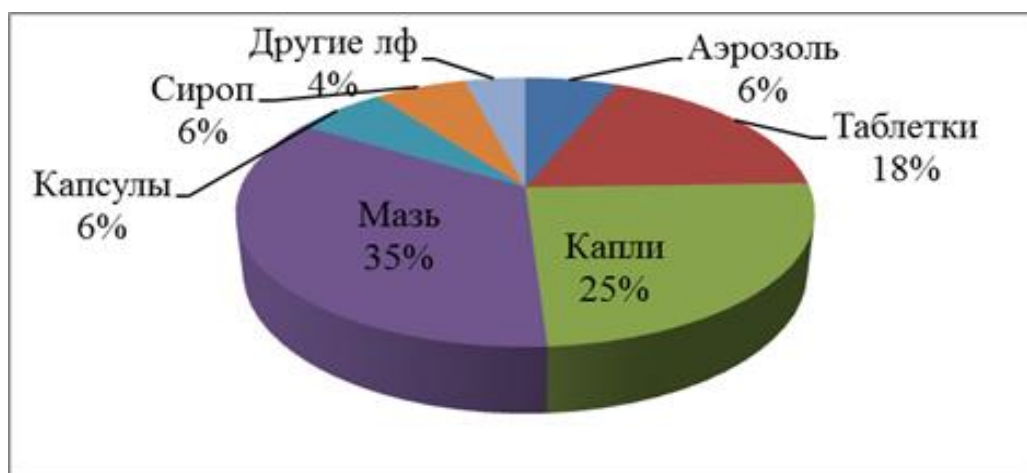


Рисунок 6. Ассортимент по лекарственным формам, содержащим эфирные масла



Большую часть рынка – 90% этих препаратов, занимают отечественные производители и только 10% - зарубежные. Пектусин, Меновазин и Ингалипт производятся в России, а препарат Пиносол выпускает Словакия.

Эти фитопрепараты выпускаются в различных лекарственных формах. Пектусин выпускается в таблетках, Пинасол – в виде назальных капель и спрея, Меновазин – раствор или мазь, а Ингалипт - в виде аэрозоля и спрея. Но в основном это жидкие лекарственные формы (рисунок 7).

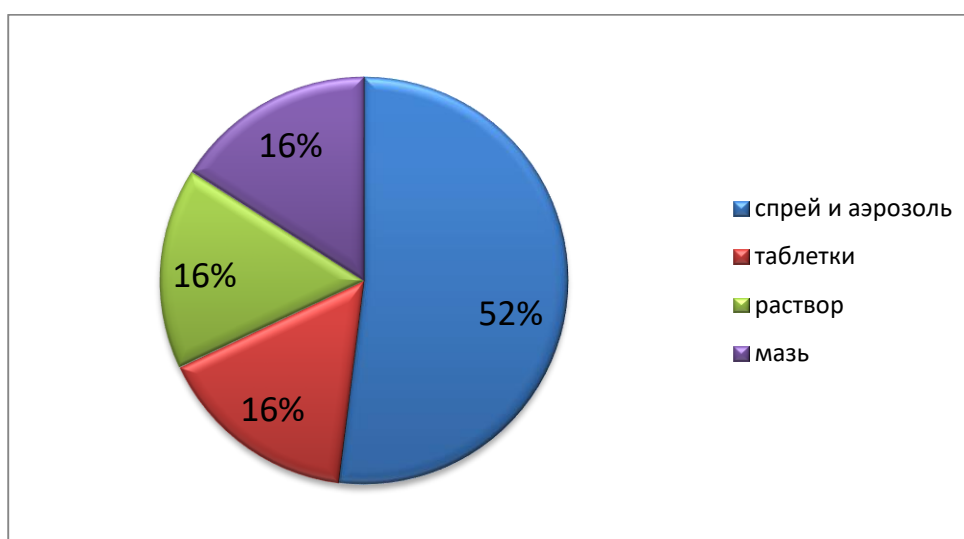


Рисунок 7. Ассортимент препаратов: Пектусин, Пинасол, Меновазин, Ингалипт по лекарственной форме

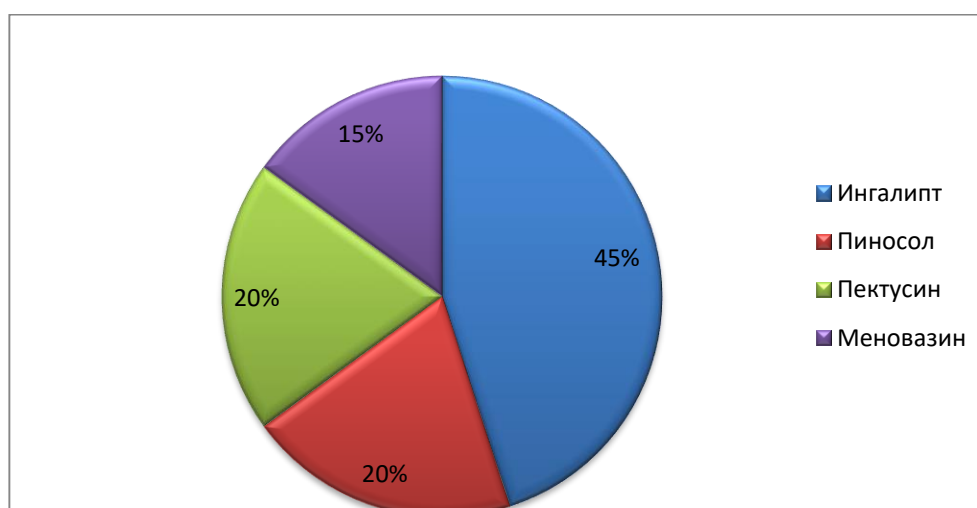


Рисунок 8. Спрос на препараты: Пектусин, Пинасол, Меновазин, Ингалипт



Мониторинг спроса у населения на препараты: Пектусин, Пиносол, Меновазин, Ингалипт показал, что они имеют различную степень обращаемости.

Наибольшим спросом пользовался зимой и весной 2022 года, в обеих аптечных сетях препарат Ингалипт (спрей и аэрозоль) - 45%, второе место занимали капли в нос Пиносол и таблетки Пектусин – по 20%. Чуть меньше был востребован раствор Меновазин – 15% (рисунок 8).

Была проанализирована ценовая политика на эти препараты, в выбранных аптечных сетях г. Ставрополя, на эти лекарственные препараты (рисунок 9).

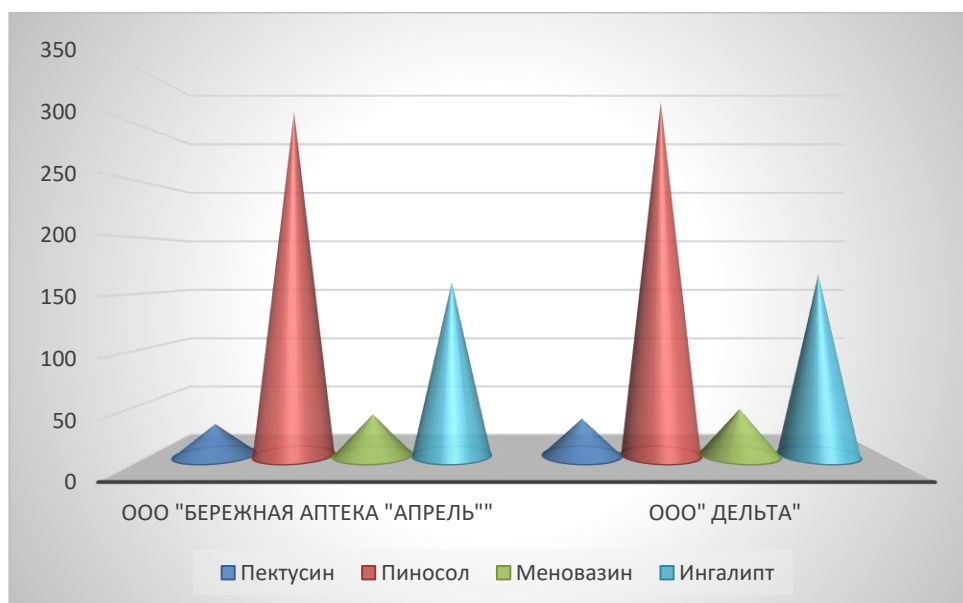


Рисунок 9. Ценовая политика на препараты: Пектусин, Пиносол, Меновазин, Ингалипт

Самым дорогим препаратом является спрей Пиносол, его цена колеблется от 316 рублей до 325 рублей. Средние цены были на препарат Ингалипт аэрозоль –160 рублей и 167 рублей.

Самые низкие цены были на таблетки Пектусин и раствор Меновазин, от 29 рублей, до 43 рублей. Препараты отечественного производства стоят почти в 10 раз дешевле импортных. Амплитуда колебаний цен составляет 296 рублей.



На основании проведенных в работе исследований можно сделать следующее заключение:

- Все монотерпены и бициклические терпены имеют много общего в строении и в той или иной степени обладают антисептическим, бактерицидным, отхаркивающим, седативным, антивирусным, противовоспалительным и спазмолитическим действием. Это обуславливает их применение в клинической практике по самым разнообразным направлениям.
- Все, без исключения эфирные масла, при соблюдении дозировки, не вызывают привыкания, не имеют негативного побочного влияния на организм.
- Агрессивность эфирных масел по отношению к микробам сочетается с их совершенной безвредностью для организма человека.
- Препараты: Пектусин, Пиносол, Меновазин и Ингалипт комплексные и комбинированные, применяющиеся при лечении воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, и в качестве местного обезболивающего при невралгии, артралгии, выпускаются в различных лекарственных формах: таблетках, каплях, растворах, аэрозолях и спреях, практически не имеют противопоказаний, за исключением повышенной чувствительности к компонентам препарата, аллергии на эфирные масла и детский ранний возраст.
- Наибольшим спросом пользуются противокашлевые препараты, содержащие эфирные масла, наиболее часто эфирные масла входят в состав спреев, мазей и капель, редко входят в состав таблеток.
- Фармацевтический рынок в основном занят фитопрепаратами этой группы Российского производства.
- Препараты отечественного производства стоят почти в 10 раз дешевле импортных. Цены на эти лекарственные препараты гораздо ниже, чем на



химически синтезированные препараты той же группы, что делает их более доступными.

Список использованных источников:

1. Гуринович Л., Пучкова Т., «Эфирные масла: химия, технология, анализ и применение», 2016.- 157-171с.
2. Жохова Е.В. Фармакогнозия, 2018. 139 – 144 с.
3. Кукес В.Г. Фитотерапия с основами клинической фармакологии. - М., 2016. - 224с.
4. Михайлов В. Современные фитотерапевтические препараты, (справочник). - М.: Стар Ко, 2016. – 127-131с.
5. Новиков О.О. Контроль качества лекарственных средств: учеб. Пособие. -/ О.О. Новиков, Д.И. Писарев / Ростов – на – Дону., феникс 2018.-148-154 с.
6. Сафронов. Н.Н. Атлас лекарственных растений. 900 домашних рецептов, которые помогут обрести здоровье. - Москва: Издательство «Э», 2016. –312с.

А.Шихмагомедова

Руководитель: преподаватель Л.А. Крылова

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ РЕКЛАМЫ В АПТЕКЕ

Развитие рыночных отношений невозможно без рекламы как способа продвижения товаров, работ и услуг. В целях защиты потребителей от недобросовестной рекламы законодательство Российской Федерации о рекламе устанавливает определенные требования к рекламе данных товаров и услуг. Реклама товаров фармацевтического рынка ограничена. Большинство рекламных средств, таких, как телевидение, радио, местные газеты, не используются для продвижения препаратов, отпускаемых по рецепту врача. Одновременно существует общественная озабоченность последствиями рекламной деятельности для безопасности применения фармацевтических препаратов. Из-за жизненной важности (и одновременно опасности) лекарственных средств правила их рекламы разработаны с особой



строгостью и детальностью. Там, где в других отраслях от недобросовестной рекламы страдает только кошелек конкурента и потребителя, в фармацевтической сфере может пострадать здоровье или даже жизнь. В государствах ЕС существуют строгие законодательные рамки, регулирующие рекламирование лекарственных препаратов. Реклама должна соответствовать положениям Директивы Совета ЕС 92/28/ЕЕС "О рекламировании лекарственных препаратов для человека", положения которой введет в национальные законодательства государств ЕС. Под рекламированием лекарственных препаратов в Директиве Совета ЕС 92/28/ЕЕС подразумевается любая форма предоставления информации агентами по их продаже при проведении опросов населения, а также использование стимулов, способствующих назначению, поставкам, продаже и потреблению лекарственных препаратов. К таким формам, в частности, относятся:

- рекламирование лекарственных препаратов среди населения;
- рекламирование лекарственных препаратов лицам, уполномоченным
- назначать или распространять лекарственные препараты;
- посещение агентами по продаже лекарственных препаратов лиц,
- уполномоченных назначать лекарственные препараты;
- предоставление образцов продукции;
- финансовая поддержка мероприятий, содействующих продаже продукции, с участием лиц, уполномоченных назначать или поставлять лекарственные препараты;

Реклама лекарственного препарата в соответствии с положениями Директивы Совета ЕС 92/28/ЕЕС: должна способствовать его рациональному применению путем предоставления объективной информации без преувеличения свойств препарата, не должна вводить в заблуждение.

Федеральные законы, регламентирующие рекламу лекарственных средств. Федеральный закон N 38-ФЗ «О рекламе» статья 24. Реклама лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения и медицинских услуг, в том числе методов лечения. Статья 25.



Реклама биологически активных добавок и пищевых добавок, продуктов детского питания. Федеральный закон №61-ФЗ "О лекарственных средствах". Статья 44. «Реклама лекарственных средств». В средствах массовой информации допускается реклама лекарственных средств, отпускаемых только без рецепта врача. Независимо от формы реклама должна соответствовать фармакологическим данным о лекарственных средствах, полученным при клинических исследованиях лекарственных средств, и требованиям государственного информационного стандарта. Реклама не должна представлять лекарственное средство как уникальное, наиболее эффективное, наиболее безопасное, исключительное по отсутствию побочных эффектов, не должна вводить в заблуждение относительно состава, происхождения, новизны или патентованности лекарственного средства.

Особенности рекламы лекарственных средств. Реклама лекарственных средств допускается только в случаях, если указанные лекарственные средства зарегистрированы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и имеются лицензии на осуществление предусмотренных законодательством Российской Федерации соответствующих видов деятельности, а также при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 4 статьи 5 настоящего Федерального закона. Реклама лекарственных средств, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, осуществляется в порядке, установленном Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах». Независимо от формы распространения реклама лекарственных средств должна соответствовать фармакологическим данным о лекарственных средствах, полученным при клинических исследованиях лекарственных средств, и требованиям государственного информационного стандарта. Реклама лекарственных средств не должна представлять лекарственные средства как уникальные, самые эффективные, самые безопасные, исключительные в отношении отсутствия их побочных действий, вводить в заблуждение относительно состава лекарственных



средств. Реклама лекарственных средств не должна указывать на то, что природное происхождение сырья, использованного при изготовлении лекарственных средств, является гарантией их безопасности и эффективности. Реклама лекарственных средств не должна содержать:

- утверждения о гарантии положительного действия лекарственных средств;
- ссылки на какие-либо рекомендации о применении лекарственных средств;
- информацию об авторитете, об образовании, о квалификации, об успехах;
- разработчиков или производителей лекарственных средств;
- утверждения о том, что лекарственные средства являются пищевыми добавками, биологически активными добавками, косметическими продуктами или средствами гигиены.

В рекламе не допускаются указания на лечебные свойства пищевых добавок, биологически активных добавок, косметических продуктов, средств гигиены, если они не зарегистрированы в качестве лекарственных средств. Реклама лекарственных средств, полученных из эмбрионов человека, не допускается. Рассмотрим рациональные обращения в рекламе, связанные с характеристиками лекарственного препарата:

- Экономия: Даже в недалеком прошлом фармацевтические компании избегали упоминания цены при продвижении лекарственных препаратов. Поэтому фармацевтические компании с целью продвижения своей продукции начали использовать данные фармакоэкономических исследований.
- Инновационность: Инновации - один из основных факторов развития фармацевтической промышленности. Следствием этого является частое использование в рекламе лекарственных препаратов слова "новый", что приводит к падению эффективности его применения в рекламе.
- Механизм действия. На основании механизма действия лекарственного препарата может быть построена дифференциация и позиционирование



лекарственного препарата. Акцент на качестве лекарственного препарата делается при продвижении лекарственных препаратов в странах с переходной экономикой.

Реклама лекарственных средств для медицинских работников и населения. Этические нормы при рекламировании лекарственных препаратов медицинским работникам:

1. В случае рекламирования лекарственных препаратов лицам,
2. уполномоченным назначать или распространять препараты, им нельзя вручать или предлагать подарки, обещать прибыль или вознаграждение в денежном выражении.
3. Гостеприимство во время рекламных кампаний, содействующих продаже препаратов, следует оказывать в разумных пределах - оно должно носить второстепенный характер по отношению к основной цели встречи и распространяться только на медицинских работников.
4. Лица, уполномоченные назначать или распространять лекарственные препараты, не должны вымогать или принимать каких-либо поощрений.

В государствах ЕС запрещено рекламирование населению тех лекарственных препаратов, которые:

- отпускаются только по рецепту в соответствии с Директивой 92/28/ЕЕС;
- содержат психотропные или наркотические субстанции, соответствующие определениям международных конвенций;
- благодаря особенностям состава и действия разработаны и предназначены для применения без врачебного вмешательства, при необходимости по совету фармацевта, например, для диагностических целей, лечения или осуществления контроля за ним.

Рассмотрим особенности рекламного продвижения лекарственных средств:

- Телевидение. Рекламируются все виды безрецептурных лекарств, БАДы и медицинские учреждения. Сюжет строится на сравнении: как было плохо герою до ... и как стало хорошо после (Coldrex снимает симптомы



простуды). БАДы и средства для снижения веса, как правило, рекламируются на местных телеканалах.

- Радио. Используется значительно реже, зато часто размещают рекламу медицинских учреждений, особенно стоматологических клиник.
- Пресса. Активно используется для рекламы ЛС, БАДов, медицинских учреждений. Лекарства рекламируют как наши, так и зарубежные фармацевтические компании.
- Наружную рекламу рекомендуется использовать для рекламы ЛС, так как в ней главное – визуальная составляющая, а не текст, а в рекламе ЛС все наоборот – главное текст, а не изображение.
- В метро рекламу размещают достаточно часто – ситуация вынужденного пленника.
- Интернет все чаще используется крупными фармацевтическими компаниями, которые поддерживают свои сайты или размещают рекламу на других сайтах, аудитория которых известна.
- Большое значение имеет реклама на местах продаж (в аптеках, больницах). Особенно интенсивно такого рода реклама проводится во время сезонных заболеваний. Промоутеры раздают листовки, проспектики и другие рекламные материалы.

Психологические особенности рекламы лекарственных средств. Особенности рекламы лекарственных средств имеют по преимуществу психологическую основу. Это связано с нежеланием многих потребителей публично обсуждать свои болезни и некоторые особенности функционирования организма (критические дни у женщин, проблемы с пищеварением), так как это актуализирует чувства страдания и страха. А отрицательным эмоциям нет места в рекламе. Планируя рекламную кампанию, следует избегать:

- лозунгов (призыв) отрицательного или угрожающего характера, типа: Купите это лекарство, пока вы еще можете дойти до аптеки;



- откровенного и прямолинейного указания на физические недостатки, как на вербальном, так и на визуальном уровне;
- чувства страха.

Эмоциональные обращения в рекламе фармацевтической продукции:

Сочувствие - используется в рекламе фармацевтической продукции для проецирования чувств и ощущений больных на чувства и ощущения врача.

Юмор - используется в рекламе фармацевтической продукции с осторожностью. Создать смешной имидж фармацевтической компании или лекарственного препарата не является залогом полного успеха при передаче рекламного сообщения врачам. Использование юмора в качестве естественного введения в рекламное сообщение требует большого таланта.

При рекламировании товаров широкого потребления обращение к чувственности людей является одним из распространенных приемов.

Любопытство - качество, присущее для врачей в большей степени по сравнению с остальными категориями населения. Поэтому при рекламировании фармацевтической продукции для привлечения их внимания очень часто любопытство используется как инструмент.

На сегодняшний день реклама лекарственных средств - это одна из составляющих рекламы в широком смысле этого слова. Ее цель, как и цель рекламы любых других продуктов, - добиться того, чтобы человек приобрел рекламируемый товар. Основной задачей рекламы лекарственных средств и медицинских услуг является убеждение потребителя в надежности, качестве, доступности товара или услуги. Таким образом, можно сделать вывод о необходимости создания способов реализации и исполнении законодательства, так как простое ужесточение норм может привести к отсутствию информации у населения о лекарственных средствах. Агрессивная реклама заставляет потребителей тратить больше средств, чем необходимо, убеждает их в уникальности и безвредности препарата. Доверчивый покупатель может серьезно навредить своему здоровью, веря рекламе.



В итоге, можно сказать, что выбор лекарственных препаратов во многом зависит от их рекламы. Чем больше информации о лекарстве предлагает производитель, тем более вероятность, что потребитель приобретёт именно этот товар. В завоевании и удержании потребителя немаловажную роль играют упаковка, товарный знак, рекламное обращение. Самое важное в рекламе – это разумное сочетание самого текста рекламы и его стилистического оформления. То есть важно не только выйти на рынок с новым препаратом, надо содействовать продаже и сбыту путем проведения пресконференций, семинаров, выставок.

А. Бабаян

Руководитель: преподаватель И.В. Романченко

АССОРТИМЕНТ ПРЕПАРАТОВ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В АПТЕКАХ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ

Одной из проблем проявляющихся в различных сферах жизни государства и общества является проблема старения населения. Старение населения, это глубинный процесс, который сильно сказывается на всех сторонах жизни людей. Человек вполне может прожить 120-150 лет. Таковы выводы экспертов.

Многие из нас ведут активный образ жизни, однако очень немногим удается дожить до 90, а тем более до 100 лет. Очевидно, что ЗОЖ необходимо сочетать с современными антиэйдж-технологиями и подходами, которые основаны на результатах последних исследований в области медицины антистарения.

Важную роль играет дополнительный прием геропротекторов – биологически активных веществ с научно доказанной способностью замедлять процессы старения.

В течение долгого времени ученые практически не занимались вопросами старения: разговоры о возможности остановить этот неизбежный, «вшитый» в наш геном процесс считались едва ли не моветоном. Но именно



генетические исследования во многом изменили парадигму и стали мощным стимулом развития медицины антистарения.

Одной из главных причин увеличения средней продолжительности жизни являются успехи медицины в лечении различных заболеваний, присущих возрастным пациентам.

Так по мнению гериатров более 90% пожилых страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, 70% - болезнями нервной системы, 60% - заболеваниями суставов. Каждый 4-й страдает сахарным диабетом и имеет выраженные нарушения зрения и слуха, 6% имеют тяжелую форму старческого слабоумия.

Гериатрическая практика свидетельствует о необходимости основательного пересмотра многих разделов фармакотерапии применительно к пациентам старших возрастных групп.

В настоящее время в гериатрической фармакологии существует целая группа лекарственных препаратов и средств, применяемых для лечения и профилактики преждевременного старения.

Гериатрические средства — это не медикаменты, влияющие на возбудителя болезни и ее проявления, а средства, повышающие способность тканей к самообновлению, усиливающие реактивность и жизнеспособность организма в целом. В настоящее время известно более 20 веществ, в отношении которых показана способность увеличивать продолжительность жизни, и получивших название геропротекторов. Это название, означает "защищающие от старения".

Геропротекторы – это биологически активные вещества, способные замедлять процессы старения, в том числе путем защиты ДНК от повреждений и опосредованной регуляции экспрессии тех или иных генов. Впрочем, это только один из возможных путей воздействия биологически активных веществ на очень тонкие генетические, биохимические и физиологические механизмы, от которых зависят наше здоровье и молодость.



Препараты этой группы очень важны для большинства людей старшего возраста, то есть это вещества, основная цель которых, продлить жизнь человека.

В отличие от гериатрических лекарственных средств, предназначенных для лечения заболеваний у пожилых или улучшения качества их жизни, геропротекторы могут и должны применяться в молодом и зрелом возрасте.

Суть профилактики старения при помощи геропротекторов — прием комплекса веществ, по специальной схеме позволяющей замедлить процессы старения и в редких случаях даже обратить их вспять, но тогда можно говорить про омоложение организма, его отдельных органов и систем человека.

Свойства веществ, которые объединены понятием «геропротекторы», очень многогранны, и сейчас вы убедитесь в этом на конкретных примерах.

Наиболее безопасным и изученными геропротекторами на начало 2022 года являются следующие препараты, некоторые из которых имеются в аптеках города Ставрополя. Это следующие препараты содержащие:

1. Магний — снижает заболеваемость возрастозависимыми болезнями (сердечно, сосудистые, метаболические и др.) замедляет старение на клеточном уровне. Для орального приёма существуют следующие формы: магний оксид, магний цитрат, магний глицинат, магний малат, магний L-треонат.

2. Глюкозамин сульфат - увеличивает максимальную продолжительность жизни в среднем на 7%. Препарат выпускается во многих формах в виде лекарственных препаратов.

Глюкозамин имеет две основные формы: глюкозамин сульфат и глюкозамин гидрохлорид, также его часто комбинируют с хондроитином. В аптеках города представлено достаточно много препаратов содержащих глюкозамин сульфат, можно приобрести один из них. Например, это препараты «Дона», «Эльбона»



3. Витамин D — по данным многочисленных исследований сокращает смертность на 7%. Препараты его содержащие рекомендованы в качестве важнейшего геропротектора для замедления старения, это; Аквадетрим, кальций Д3 никомед. Детрим + и многие другие, в различных удобных для пожилых людей лекарственных формах.

4. Витамин K2 — сокращает смертность от всех причин на 46%, и оказывает общее оздоравливающее действие на организм. Существует несколько форм витамина K, в них можно даже запутаться: в естественной природе известны всего две формы: витамин K1, и витамин K2.

5. Карнозин

Это, безусловно, один из наиболее эффективных геропротекторов, известных науке не сегодняшний день. Карнозин в больших количествах содержится в органах и тканях, которые активно вырабатывают энергию, например, в мышцах. Вот почему при восполнении дефицита карнозина мы чувствуем прилив сил, повышение работоспособности и быстрее восстанавливаемся после физических нагрузок. В аптеках Ставрополя есть в наличии такие препараты как:

- ✓ Карнозин капсулы, 60 штук. По цене 3 192 рублей
- ✓ Витамир Карнозин, замедление процессов старения, цена 2720 рублей

Имеются данные о том, что карнозин замедляет укорочение теломер, тем самым продляя продолжительность жизни клеток. Карнозин хорошо известен как довольно мощный антиоксидант. Также в экспериментах было показано, что он способствует выработке в коже коллагена I типа и особого протеина ламинина-5, который необходим для соединения друг с другом двух слоев кожи: эпидермиса и дермы. Это один из возможных путей антиэйдж-воздействия карнозина на кожу.

6. Глутатион — основной внутриклеточный антиоксидант, единственный представитель биологически активных веществ этого класса, который принимает участие сразу в трех из четырех линий антиоксидантной клеточной защиты.



Также глутатион является мощным гепатопротектором, обладает выраженными детоксикационными свойствами, способствуя выведению токсинов из желудочно-кишечного тракта, еще не успевших попасть в кровотоки, а также вредных продуктов метаболизма, которые в нем уже циркулируют. Кроме того, глутатион обладает иммуномодулирующими свойствами, способствует улучшению работы легких и печени, восстановлению поврежденных тканей. В аптеках Ставрополя есть в наличии такие препараты как:

- ✓ Восстановленный L-Глутатион, 250 мг, 30 капсул (Solgar) по цене 3 080
- ✓ Solgar L-Glutamine 1000 мг 60 таблеток по цене 4 420

7. Коэнзим Q10- Это один из главных естественных «энергетиков» в нашем организме, необходим для обеспечения процесса клеточного дыхания. Дефицит коэнзима Q10 особенно значим для сердечно-сосудистой системы, поскольку сердце – один из самых энергозатратных органов.⁵

Коэнзим Q10 способствует обеспечению защиты белков, липидов и ДНК клеток от окислительных повреждений. Кроме того, он проявляет гипотензивное действие, помогает контролировать уровень глюкозы в крови у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Благоприятно влияет на липидный профиль, препятствует отложению холестерина на стенках сосудов и замедляет развитие атеросклероза. А если вы вынуждены принимать статины, то коэнзим Q10 будет способствовать уменьшению выраженности их побочных действий.

Препараты в аптеках Ставрополя:

- ✓ Коэнзим Q10 плюс, 30 капсул по 200 мг по цене 1 203
- ✓ Коэнзим Q10 капс., 100 мг, 60 шт. по цене 2400

8. Куркумин способствует замедлению клеточного старения и снижает риск злокачественных перерождений путем подавления активности ферментов, которые стимулируют избыточное деление клеток. Является мощным ингибитором тканевого воспаления и индуктором аутофагии – естественного процесса, в ходе которого клетки удаляют все ненужные или



поврежденные компоненты. Также куркумин способствует улучшению состояния сосудистых стенок, обладает противомикробными, иммуномодулирующими и гепатопротекторными свойствами.

Препараты в аптеках Ставрополя:

- ✓ Куркумин 30 капсул. По цене 992 рубля
- ✓ Avcenna Curcumin Plus (авицена куркумин плюс), 90 капсул. По цене 4 380 рублей
- ✓ Куркумин Веган, 60 капсул 2 215

9. Альфа-липоевая кислота

Это соединение является одновременно жиро- и водорастворимым, что дает ему возможность проникать в любые ткани организма. Обладая собственным антирадикальным эффектом, альфа-липоевая кислота активизирует активность других антиоксидантов, таких как витамины А и С, глутатион и коэнзим Q10.¹¹

Альфа-липоевая кислота способствует защите клеток печени от ожирения и повреждающих факторов, принимает участие в регуляции белкового и жирового обмена, способствует снижению массы тела, поддержанию в норме уровня глюкозы в крови.

А еще альфа-липоевая кислота активно используется в косметологии. Этот компонент помогает сохранить целостность клеток, предотвращает гликацию, способствует восстановлению поврежденных коллагеновых волокон и, конечно же, борьбе с оксидативным стрессом. В аптеках Ставрополя много комбинированных препаратов альфа-липоевой кислоты, но есть и в чистом виде, это

Альфа-липоевая кислота 30 капсул. По цене 524 рубля.

10. Далее Никотинамида рибозид (он же препарат НАД)- способствует увеличению продолжительности жизни на 15%. На этом препарате я хочу остановиться подробнее. Соединение, известное, как НАД, или НАД⁺ содержится в каждой клетке организма.



Препарат NIACEL, — геропротектор, который запускает восстановление NAD, помогает обратить старение вспять за счет улучшения связи между ядром и митохондриями клетки. Его эффекты замечательны для всего организма и до сих пор, никаких побочных эффектов не было обнаружено.

В аптеках, больницах и поликлиниках города Ставрополя нами был проведен опрос пожилых пациентов о трудностях и неудобстве приема некоторых лекарственных форм препаратов. На основании ответов и пожеланий возрастных пациентов, группы старше 65 лет, определились следующие аспекты данного вопроса.

- ✓ Часто встречающиеся, так называемые фармакомании – биологическое или психологическое «приверженность» пациента к препарату.
- ✓ При приеме «привычных» медикаментов с возрастом появилась большая частота нежелательных «побочных» эффектов, которые некоторые пациенты расценивают как «недоброкачественность» лекарственного средства.
- ✓ Некоторые пожилые люди могут испытывать трудности с извлечением лекарства из упаковки. У некоторых пациентов имеются специальные распределители (диспенсеры) с разделителями, содержащими указания времени и даты.
- ✓ Однако это тоже приводит к ряду неудобств в связи с тем, что некоторым пожилым людям сложно достать лекарства из отделений диспенсера, им приходилось переворачивать диспенсеры вверх дном и таблетки падали. В связи с этим, практичнее использовать пеналы-органайзеры с лекарствами, содержащие дату и время приема на этикетке.

Для преодоления таких трудностей, можно определить следующие рекомендации:

1. Упаковки с препаратом должны маркироваться разборчивыми прописями, чтобы пожилые люди с плохим зрением могли свободно их разбирать.



2. Желательно, чтобы после выписки из стационара пациент получал из аптеки препараты, в таблетках такого же размера, как в стационаре, имеющие те же форму и цвет.
3. Пожилых пациентов смущает и изменение названия препарата при использовании синонимов. Пожилые больные испытывают трудности при глотании больших таблеток, особенно если у них имеется сухость во рту, бульбарный или псевдобульбарный паралич. Пациенты с плохим зрением или артритическими явлениями могут испытывать сложности при использовании маленьких таблеток

Таким образом, можно сказать, что сегодня очевидно, что дальнейший прогресс современной профилактической медицины невозможен без принципиального изменения подхода к охране здоровья и увеличению продолжительности жизни пожилого человека.

Несомненно, что применение препаратов нормализующих возрастные изменения окажет наиболее значительный геропротекторный эффект.

Е.Осипян

Руководитель: преподаватель И.И. Решетова

СИСТЕМА БЕЗРЕЦЕПТУРНОГО ОТПУСКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. КОНЦЕПЦИЯ САМОЛЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Рынок безрецептурных препаратов в России постоянно растет. Это можно связать со следующими факторами:

1. популярность самолечения среди населения
2. нежелание (или отсутствие времени) на посещение врача
3. массовая реклама безрецептурных средств
4. увеличение числа аптек
5. улучшение ассортимента и сервиса в аптеках и аптечных сетях



6. кроме того, за последние годы появились такие услуги, как заказ лекарств по телефону, через Интернет, доставка препаратов домой и на работу.

В системе самопомощи и самопрофилактики, безрецептурном отпуске ЛС, лекарственная терапия должна быть не искусством, а серьезной рациональной наукой. Для этого фармацевт должен в полной мере владеть знаниями клинической фармации. Отношение к этой проблеме не однозначно как со стороны профессионалов (врачи «за» - 42%; провизоры и фармацевты «за» - 56%), так и со стороны пациентов («за» - 65%). Несмотря на то, что безрецептурные препараты занимают ведущее место при лечении многих заболеваний, осведомленность потребителей об их применении через недостаточную информированность остается на невысоком уровне. Таким образом основные правила самолечения:

1. Лечить только те нарушения самочувствия, при которых признаки болезни вам хорошо известны.
2. Использовать лишь те лекарства, которые хорошо известны и проверены.
3. Использовать минимум лекарств. Если беспокоит только насморк и высокая температура, то лечить эти симптомы, а не кашель и боль в горле заодно, используя сложные комплексные лекарства.
2. Не навредить себе. Если на второй, максимум на третий день самолечения нет улучшения самочувствия - необходимо идти к врачу.
3. Внимательно читать инструкцию о применении.
4. Строго придерживаться правил приема лекарства, а этого придерживаются только 33 % опрошенных посетителей аптек

Как показывают данные опросов посетителей аптек, навык самолечения население приобретает через:

- консультации врачей;
- консультации фармацевтических специалистов;
- совета родных;
- совета знакомых;
- самообразование.



Правда, далеко не все имеют правильное представление о том или другом безрецептурном препарате. На недостаточность информации о действии, возможных побочных эффектах и противопоказаниях указало большее количество опрошенных посетителей аптеки. Безрецептурные препараты чаще всего применяются для лечения:

- мышечных болей при травмах (без угрожающих симптомов)
- повышенной температуры
- кашля (без приступы удушья)
- простудных заболеваний (без угрожающих симптомов)
- боли в горле
- желудочных расстройств и запоров
- зубной боли (без увеличения шейных лимфатических узлов);
- кожных болезней (угревой сыпи, порезов, ушибов)

Характерно, что темпы роста рынка безрецептурных продуктов (ОТС, БАД, фитопрепаратов и гомеопатических препаратов) в стоимостных показателях, превышали динамику развития всего фармацевтического рынка. Фармацевтическая помощь - это ответственность фармацевта, перед конкретным пациентом за результат лечения лекарственными препаратами. Фармацевтическая помощь включает следующие рекомендации и консультации для пациента:

- выбор оптимальной лекарственной формы и пути введения ЛП
- правила использования разнообразных лекарственных форм
- особенности взаимодействия данного лекарственного препарата с другими лекарственными средствами
- особенности взаимодействия данного лекарственного препарата с пищей, алкоголем
- о времени суток, оптимальном для приема данного лекарства
- об условиях хранения конкретного лекарства
- о возможном неблагоприятном влиянии лекарства на функции органов и систем человека



Рассмотрим рынок и тактику работы именно с ОТС-медикаментами, так как эта категория препаратов обеспечивает наибольший объем продаж как аптек, так и фармацевтических компаний-производителей, а количество проданных упаковок ОТС составляет более половины от всех продаж медикаментов в стране. Поэтому изучение спроса и клиентуры данного сегмента фармацевтического рынка имеет кардинальное значение для успешного бизнеса. Разберем группы клиентов, на которые фармацевтические компании оказывают влияние и опишем каждую из представленных групп:

- Врачи. Препараты ОТС являются весьма значимой по объему частью арсенала медикаментозных средств современного врача.
- Дистрибьюторы. Дистрибьюторские компании охотно и помногу производят их закупки, что является очень значимым для компаний-производителей.
- Пациенты. Как показали многочисленные социологические опросы, большинство населения в случае того или иного недомогания предпочитает заниматься самолечением, оставляя визит к врачу в качестве последнего средства.
- Аптеки (фармацевты и провизоры). Аптеке для выживания требуется стабильный рост продаж и, следовательно, прибыли.

Рассмотрев предпочтения врачей в плане рекомендации ОТС препаратов, следует обратить внимание и на предпочтения потребителей данной продукции, то есть пациентов. Проведенные опросы продемонстрировали, что среди потребительских приоритетов лидируют такие показатели, как: безопасность препарата, эффективность, приемлемость, дешевизна, известность препарата.

Выше уже было упомянуто о значимости рекомендаций работников аптеки и рекламы в продаже медикаментов. Даже при четко спланированной покупке, когда посетитель точно знает, какой препарат ему нужен, рекомендация фармацевта (в отличие от рекламы) способна повлиять на его



выбор. Тем более она значима при нечетко спланированных и эмоциональных покупках. При новой экономической политике нашей страны, когда появилось множество различных товаров и услуг, реклама просто необходима, чтобы потребитель мог разобраться или просто узнать об их наличии. Среди множества определений рекламы хотелось бы остановиться на двух:

1. «Это неперсонифицированная передача информации, обычно оплачиваемая и имеющая характер убеждения, о продукции, услугах или идеях известными рекламодателями посредством различных носителей» - рабочее определение рекламы.
2. «Реклама - распространяемая в любой форме, с помощью любых средств информация о физическом или юридическом лице, товарах, идеях, и начинаниях, которая предназначена для неопределенного круга лиц и призвана формировать или поддерживать интерес к вышеперечисленному и способствовать реализации товаров, услуг и идей» - Федеральный закон «О рекламе».

Среди основных целей рекламы можно выделить следующие:

- Формирование у потребителя определенного уровня знаний о данном товаре, услуге
- Формирование определенного образа фирмы
- Формирование потребности в данном товаре
- Формирование благожелательного отношения к фирме
- Побуждение потребителя обратиться к данной фирме
- Побуждение к приобретению именно данного товара у данной фирмы
- Стимулирование сбыта
- Ускорение товарооборота
- Стремление сделать данного потребителя постоянным покупателем и постоянным клиентом фирмы.

В заключении хотелось бы сказать, что безрецептурный отпуск повышает роль фармацевтического специалиста как консультанта посетителя



аптеки. Поэтому изучения правил осуществления этого отпуска является важным для будущего практической работы. На основе анализа литературы можно, сделать ряд выводов: лекарства делятся на две основных группы: рецептурные и безрецептурные. У любого лекарства, включая безрецептурные, могут быть побочные эффекты, поэтому очень важно внимательно читать инструкции по применению и принимать лекарства только в рекомендуемых дозах. Каждый раз при посещении врача или перед началом приема нового лекарства стоит сообщать врачу или фармацевту обо всех принимаемых вами препаратах, будь то рецептурные препараты, безрецептурные лекарства или пищевые добавки. При продаже безрецептурного препарата необходимо приложить все усилия, чтобы у пациента не было никаких сомнений относительно действия препарата.

В свете последних данных, можно сделать вывод, что рынок безрецептурных лекарственных средств, развивается более высокими темпами. Характерно, что повышение темпов роста рынка безрецептурных лекарственных средств происходит на фоне существенного повышения объема рекламы. Так же хочется отметить, что получение дохода от реализации лекарства не должно быть главной целью деятельности фармацевта. Выбор препарата должен соответствовать нуждам пациента, обстоятельствам, в которых он находится, и основываться на его информированности, ведь главная задача фармацевта - высококачественное обслуживание пациентов, поощрение рационального использования лекарственных средств.



АНАЛИЗ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА ПРОТИВООЖГОВЫХ И РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИХ СРЕДСТВ

Уважаемые члены комиссии, разрешите представить вашему вниманию научно-исследовательскую работу на тему «Анализ аптечного ассортимента противоожоговых и ранозаживляющих средств».

Зачастую пострадавшие люди обращаются напрямую в аптеку за помощью по подбору лекарственных средств, применяемых при ожогах и ранах, минуя врача. В этом случае фармацевт должен подобрать препарат, который не только купирует боль, но и приведет к скорейшему заживлению. Грамотное фармацевтическое консультирование по имеющемуся в аптеке ассортименту позволяет завоевать доверие и приобрести в лице покупателя лояльного посетителя аптеки.

В связи с частым запросом клиентов аптеки по подбору препаратов, применяемых при ожогах и ранах, актуальным является проведение исследования фармакологических свойств препаратов.

Цель научно-исследовательской работы провести анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых для обработки ожоговых и раневых поверхностей.

Противоожоговые и ранозаживляющие средства – это группы препаратов, которые используются для ускорения восстановительных процессов в организме при ожогах и ранах различной степени тяжести.

Прежде чем углубиться в изучение этих групп, рассмотрим, что такое раны и ожоги. Рана - это любое нарушение целостности тканей, полученное вследствие механического воздействия тех или иных внешних предметов.

Ожоги - это травмы, возникающие в результате высокотемпературного, химического, электрического или радиационного воздействия, которое повреждает кожу.



Противоожоговые и ранозаживляющие средства классифицируют по виду лекарственной формы и по оказываемому фармакологическому действию. По виду лекарственной формы бывают: мази, гели, спреи, повязки и кремы. По оказываемому фармакологическому действию делятся на: антибактериальные, антисептические, обеззараживающие, обезболивающие и подсушивающие.

Противоожоговые средства в своем составе содержат в качестве антисептика Йодовидон и природный анестетик Анилокаин. Они обладают охлаждающим, обезболивающим, антимикробным и противоотечным действиями. Примерами препаратов являются: Д-Пантенол и Левомеколь.

Для стимулирования регенерации применяют ранозаживляющие лекарственные средства, которые ускоряют восстановительные процессы в организме. Например, Солкосерил и Рановексим.

Механизм действия противоожоговых и ранозаживляющих средств заключается в их способности ускорять процесс эпителизации ран и отторжения некротических масс. Они активируют обмен веществ в тканях, улучшают их кровоснабжение и т.д.

Лекарственные препараты могут иметь однонаправленное действие или оказывать комплексное влияние на раневой процесс и могут включать в свой состав различные активные вещества.

В таблицах приведены по четыре лекарственных препарата противоожогового и ранозаживляющего действия для сравнения. При сравнении их фармакологических характеристик было отмечено, что их составы различны, но фармакологические действия схожи, а побочные эффекты идентичны. Отсюда, можно сделать вывод, что любой из перечисленных препаратов эффективен при ожогах и ранах, но может подойти не всем, так как людям, страдающим аллергическими реакциями, противопоказан.

В ходе дальнейшего исследования проведен анализ лекарственных препаратов согласно фармакологическим группам, к которым они относятся.



В результате анализа установлено, что лидирующими фармакологическими группами являются антисептики и дезинфицирующие средства (11,72%), регенеранты и репаранты (10,94 %), заменители плазмы и других компонентов крови (7,81%).

Следующий этап исследования включил анализ зарегистрированных лекарственных препаратов по фармакологическому действию. Установлено, что антибактериальное действие (13,48 %) является основным фармакологическим действием лекарственных препаратов, используемых для лечения ожогов и ран.

По данным РЛС (Регистра лекарственных средств России) на октябрь 2021 года в Российской Федерации зарегистрировано 128 лекарственных препаратов, показания к применению которых включают термические и химические ожоги, в том числе и раны различного происхождения.

В ходе исследования проанализирован ассортимент зарегистрированных лекарственных средств по производителям. Установлено, что доминирует продукция отечественного производства, которая занимает 54,68 %.

Приходя в аптеку за конкретным препаратом, человек обращает внимание сначала на его цену. Отсюда, проведем анализ ранозаживляющих и противоожоговых препаратов в зависимости от их цены. Для сравнения возьмем аптеки: «Городская аптека» и «Аптечный клуб», препараты «Левомеколь» и «Банеоцин». Сравнительный анализ показал, что в сети аптек «Городские аптеки» данные препараты стоят дешевле, чем в системе «Аптечный клуб», а значит для потенциального покупателя будет выгоднее заказать товар там, где приемлемые цены.

В ходе написания научно-исследовательской работы были сделаны следующие выводы:

- Для быстрой регенерации кожных покровов и для безболезненного заживления ожогов и ран используются противоожоговые и ранозаживляющие средства.



- В арсенале данных средств широкая линейка лекарственных форм с разнообразным фармакологическим действием.
- Препараты, предназначенные для применения при ожогах и ранах, имеют разнообразный состав, эффективны в лечение ожогов и ран, единственным минусом является побочное действие – аллергические реакции.
- Результаты проведенных исследований позволили получить общую картину ассортимента противоожоговых и ранозаживляющих средств.
- Установлено, что доминирует продукция отечественного производства, которая занимает 54,68 %.

Список использованных источников:

1. Анализ ассортимента российского рынка лекарственных препаратов. – Москва: Высшая школа, 2020. – 246 с.
2. Амирова, И. А. Проницаемость кожи [Текст]/ И. А. Амирова, И. А. Ахмедов// Вестник дерматологии и венерологии.- 2021. - №1. - С. 46 - 47.
3. Белоусов, Ю.Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия: Руководство для врачей / К.Б. Белоусов, В.С. Моисеев, В.К. Лопахин. - М.: Медицина, 2016. - 265 с.
4. Варпаховская, И. П. Новые системы доставки лекарственных средств [Текст] /И. П. Варпаховская //Ремедиум.- 2018 - № 9. - С. 62-70.
5. Веин, А.В. Боль и обезболивание/ А. В. Веин, М. Я. Авруцкий. - М.: Медицина, 2017.- 87 с.
6. Вергелес, С. И. Способы формирования ассортимента в аптеке [Текст] / С. И. Вергелес// Фармация и медицина. – 2020. - № 4. – С. 23.
7. Государственный реестр лекарственных средств/ М.: Медицинский совет. – 2020. – 276-277 с.
8. Дремова, Н. Б. Показатели аптечного ассортимента [Текст]/ Н. Б. Дремова// Фармация и медицина. – 2019. - № 11. – С. 12-13.
9. Дремова, Н.Б. Тестирование рынка - основа формирования ассортиментной политики по лекарственным средствам [Текст]/ Н. Б. Дремова, С. В. Соломка, Е. В. Лазарева // Фармация.- 2017.- №4. - С.26-28.



10. Карякин Н. Н., Мартусевич А. К. Технологии лечения ожогов и ран в водной среде: исторические, патофизиологические и клинические аспекты // Трудный пациент. — 2014.-№ 6.-С38–42. Унижаева А. Ю., Мартынчик С. А.
11. Канаян, К. Р. Ассортимент: стратегия и тактика [Текст]/ К. Р. Канаян// Катрен. – 2018. - №9. – С.17-18.
12. Кравков, Н.П. Основы фармакологии/ Н. П. Кравков. - 6-е изд., доп.- М.: Медицина, 2017. - Часть 1. – 322 с.
13. Лепяхин, В.К. Клиническая фармакология с международной номенклатурой лекарств: Учебник/ В. К. Лепяхин, Ю. Б. Белоусов, В. С. Моисеев. - М.: УДН, 2017.- 287 с.
14. Маркетинговые исследования фармацевтического рынка [Электронный ресурс]: Аналитические данные/ – Режим доступа: URL: <https://www.dsm.ru/news>.
15. Машковский, М.Д. Лекарственные средства: Справочник. 16 изд./ М. Д. Машковский. – М.: ГЭОТАР, 2018.- 271 с.
16. Медико-экономическая оценка затрат и качества стационарной травмы при ожоговой травме// Социальные аспекты здоровья населения.-2020.-№6.- С.28.
17. Свешников К. А., Якушев Д. Б. Скорая медицинская помощь. Термические и химические ожоги // Справочник фельдшера и акушерки. — 2016. — N 12. — С. 56–63.
18. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. – М.: АстраФармСервис, 2020. – 876
19. Фармакология /под ред. проф. Р.Н. Алеутдина, 4-е изд., перераб. и доп. – М: ГЭОТАР- Медиа 2018.- 832 с.
20. Фармакология. Курс лекций [Электронный ресурс] : учеб. пособие / А.И. Венгеровский. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.- 17 с.



АНАЛИЗ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОПАДАНИЯ ФАЛЬСИФИКАТОВ В АПТЕКУ

Лекарственные средства могут использоваться при лечении и профилактике заболеваний при условии их безвредности, эффективности, соответствующего качества и рационального использования. Зачастую посетители аптеки задают вопросы о доброкачественности лекарственных средств, наличии фальсификатов и контрафактной продукции.

Обеспечение качества лекарственных препаратов имеет исключительное значение в деле эффективной реализации национальной политики в области здравоохранения. В связи с чрезвычайной важностью данного вопроса к качеству лекарственных средств законодательно предъявляются определенные требования.

В настоящее время для совершенствования системы выявления и изъятия из обращения недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств государством предпринимается ряд беспрецедентных законодательных мер.

Прежде всего, для предотвращения поступления и реализации через аптечную сеть фальсифицированной, забракованной и недоброкачественной продукции в каждой аптеке обязательно проводится приемочный контроль, который регламентирован приказами МЗ РФ N 646н и № 751н. Все товары аптечного назначения, поступающие в аптеку, подлежат входному контролю качества. Не подлежат приемке лекарственные препараты и другие товары, разрешенные к реализации из аптечных организаций, с истекшими сроками годности, не соответствующие требованиям к качеству, стандартам и без документов, удостоверяющих их качество.

Все поставки товара должны сопровождаться товарно-сопроводительными документами, позволяющими установить дату отгрузки, наименование лекарственного препарата (включая лекарственную форму и



дозировку), номер серии и партии, количество поставленного товара, цену отпущенного лекарственного препарата, название и адрес поставщика и получателя, а также документами, подтверждающими качество лекарственных препаратов.

Документами, подтверждающими качество лекарственных средств, являются декларация о соответствии или сертификат соответствия.

Приемочный контроль, наряду с проверкой правильности оформления документов, включает в себя проверку лекарственных средств по показателям «Описание», «Упаковка», «Маркировка», что определено требованиями приказа МЗ РФ № 751н.

Контроль препарата по показателю «Описание» включает проверку внешнего вида цвета, запаха. Данный вид контроля может осуществляться с использованием информации, отраженной в прилагаемой инструкции по медицинскому применению лекарственного средства, паспорте производителя, в ряде случаев предоставляемого совместно с декларацией о соответствии.

При контроле по показателю «Упаковка» особое внимание обращается на целостность первичной и вторичной упаковки, сохранение товарного вида и соответствие физико-химическим свойствам лекарственных препаратов.

При контроле по показателю «Маркировка» обращается внимание на соответствие оформления требованиям ст. 46 Федерального закона №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Проверяется: наличие товарного знака предприятия-изготовителя, номера серии, даты выпуска и срока годности, наличие информации на упаковке и листов-вкладышей, штрихового кода; для некоторых ЛС проверяется наличие специальных средств защиты от подделок (голограммы и пр.).

Регулярно в аптеке проводится скрининг наличия наименований и серий по письмам Росздравнадзора о приостановлении реализации, изъятии из обращения или отзыве лекарственных препаратов производителем или надзорными органами, что позволяет подвергать проверке весь имеющийся



ассортимент медикаментов, в том числе приобретенных ранее. Данная проверка проводится на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (сайт www.roszdravnadzor.ru, «Лекарственные средства» / «Контроль качества лекарственных средств» / «Информационные письма»).

В целях реализации мероприятий по противодействию обороту фальсифицированной, контрафактной продукции все лекарственные средства маркируются специальным двумерным кодом Data Matrix, который позволяет отследить путь препаратов от производителя до конечного потребителя. Основа маркировки — передача данных о движении маркируемого товара в систему Честный ЗНАК.

Любой покупатель с помощью, скачанной в смартфоне программы «Честный знак» может проверить лекарственный препарат, отсканировав его штрих-код. Таким образом, можно проверить происхождение упаковки, убедиться в доброкачественности продукции, отслеживать движение лекарственного препарата от производителя до аптеки.

Об эффективности проводимых в настоящее время мер говорит динамика изъятия из обращения лекарственных средств, качество которых не отвечает установленным требованиям, за период 2015 г. – 9 месяцев 2021 г. Как видно из рисунка 1 количество их уменьшилось в разы.



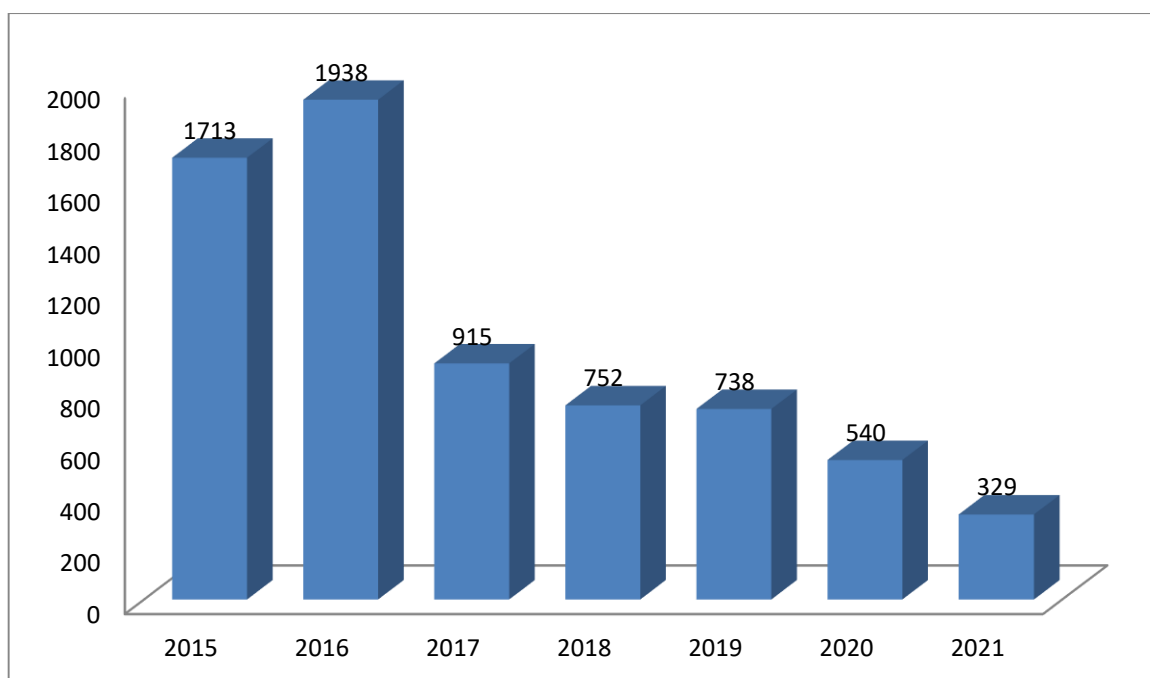


Рисунок 1. Динамика изъятия из обращения лекарственных средств с 2015 по 2021 гг.

В 2021 г. после введения системы кодирования препаратов, фальсифицированные лекарственные средства не были обнаружены.

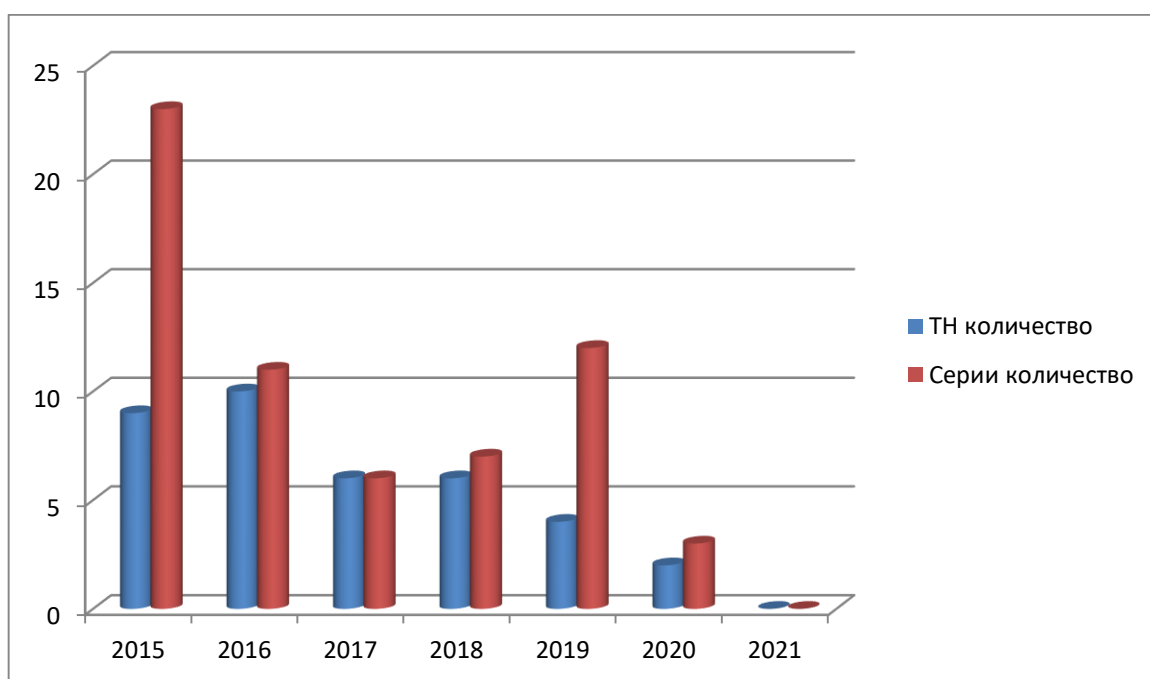


Рисунок 2. Динамика выявления фальсифицированных лекарственных препаратов с 2015 года по 2021 гг.

Данная ситуация на фармацевтическом рынке показывает, что государственная система обеспечения и контроля качества является весьма



эффективной, позволила справиться с фальсифицированной продукцией и своевременно выявляет и изымает из обращения недоброкачественные товары аптечного ассортимента.

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее эффективными способами предотвращения попадания фальсификатов и недоброкачественной продукции в аптечные организации является использование комплекса мер:

1. Закупка лекарственных средств только у зарекомендовавших известных на рынке поставщиков, имеющих соответствующую лицензию.
2. Проведение приемочного контроля, включающего проверку условий транспортирования, наличия всех необходимых сопроводительных документов, осмотр внешнего вида упаковок, соответствие данных на упаковке и в товаро-сопроводительных документах. Приемочный контроль должен проводиться по алгоритму под руководством уполномоченного по качеству аптечного учреждения.
3. Своевременное размещение лекарственных средств по местам хранения с учетом, в первую очередь, требуемого температурного режима (холодное место, прохладное место, комнатная температура) и других условий (защита от света, от влаги), с учетом фармакологической группы и способа применения.
2. Проведение уполномоченным по качеству в аптечной организации информационно-аналитического мониторинга и скрининга качества лекарственных препаратов с использованием автоматизированной базы данных о качестве лекарственных средств.
3. Использование системы обязательной маркировки, которая позволяет проследить весь логистический путь лекарственных препаратов.



ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ АНАЛИЗА В СОВРЕМЕННОЙ АПТЕКЕ

Введение: В настоящее время на рынок, попадают целые партии фальсифицированных, просроченных, некондиционных препаратов, далеких от требований Государственной Фармакопеи.

Для идентификации и количественного анализа фармпрепаратов привлекаются самые разнообразные методы: физические, химические, физико-химические и биологические методы.

Физико-химические методы анализа имеют ряд преимуществ перед классическими химическими методами. Они основаны на использовании как физических, так и химических свойств веществ и в большинстве случаев отличаются быстротой проведения, избирательностью, высокой чувствительностью, возможностью унификации и автоматизации.

Термометрия: Термические методы анализа – группа методов физико-химического анализа, в которых измеряется зависимость некоторого свойства образца от температуры.

Термометрия включает в себя определение температур плавления и затвердевания, температурных пределов перегонки, а также температуры кипения.

Температура плавления является постоянной величиной для индивидуального вещества. Ее используют в фармацевтическом анализе для установления подлинности и чистоты большинства твердых лекарственных веществ. Константой, характеризующей гомогенность твердых веществ, является температура плавления. Присутствие даже небольшого содержания примесей изменяет (как правило, снижает) температуру плавления вещества, что позволяет судить о степени его чистоты. Под температурой плавления подразумевается интервал температур, при котором происходит процесс



плавления испытуемого препарата от появления первых капель жидкости до полного перехода вещества в жидкое состояние. Некоторые органические соединения при нагревании разлагаются. Процесс этот происходит при температуре разложения и зависит от ряда факторов, в частности от скорости нагрева. Приведенные интервалы температур плавления указывают на то, что между началом и окончанием плавления лекарственного вещества интервал не должен превышать 2°C. Если переход вещества из твердого в жидкое состояние нечеткий, то вместо интервала температуры плавления устанавливают температуру, при которой происходит только начало или только окончание плавления. Следует учитывать, что на точность установления температурного интервала, при котором происходит плавление испытуемого вещества, могут влиять условия подготовки образца, скорость подъема и точность измерения температуры, опытность аналитика.

Температура кипения-это интервал между начальной и конечной температурой кипения при нормальном давлении 760 мм рт.ст. (101,3 кПа). Следует учитывать, что температура кипения зависит от атмосферного давления. Температуру кипения устанавливают только у сравнительно небольшого числа жидких лекарственных препаратов: циклопропана, хлорэтила, эфира, фторотана, хлороформа, трихлорэтилена, этанола.

рН-метрия: рН - водородный показатель — это мера активности ионов водорода в растворе, количественно выражающая его кислотность, вычисляется как отрицательный десятичный логарифм активности водородных ионов, выраженный в молях на литр.

Определение рН очень удобно, особенно при исследовании мутных и окрашенных растворов. Для определения рН растворов применяют специальные реактивы— индикаторы- органические вещества-красители, цвет которых зависит от рН среды. К наиболее известным индикаторам принадлежат лакмус, фенолфталеин, метилоранж и другие. Индикаторы способны существовать в двух по-разному окрашенных формах - либо в кислотной, либо в основной. Изменение цвета каждого индикатора



происходит в своём интервале кислотности, обычно составляющем 1-2 единицы, а также использование специального прибора - рН-метра - позволяет измерять рН в более широком диапазоне и более точно (до 0,01 единицы рН), чем с помощью индикаторов (электрометрическое определение рН). Для электрометрического определения рН применяют рН-метры со стеклянными электродами. Измеряют рН в растворах, содержащих тяжёлые металлы, окислители и восстановители, в коллоидных растворах и эмульсиях, а также в цветных растворах, в которых индикаторное определение рН невозможно.

Точность электрометрического определения снижается при пользовании загрязнёнными электродами. Для исследования сильно загрязнённых проб следует иметь отдельный электрод, применяемый только для этой цели.

Рефрактометрия: Рефрактометрия – метод анализа лекарственных средств, основанный на определении показателя преломления испытуемого вещества.

Показателем преломления (индексом рефракции) называют отношение скорости света в вакууме к скорости света в испытуемом веществе (абсолютный показатель преломления). На практике определяют так называемый относительный показатель преломления (n), который является отношением скорости света в воздухе к скорости света в испытуемом веществе.

Показатель преломления зависит от температуры и длины волны света, при которой проводят определение. В растворах показатель преломления зависит также от концентрации вещества и природы растворителя. Для определения показателя преломления применяют рефрактометры. Определение проводят при температуре $(20 \pm 0,5) ^\circ\text{C}$.

Рефрактометрию применяют для установления подлинности и чистоты вещества. Метод применяют также для определения концентрации вещества



в растворе, которую находят по графику зависимости показателя преломления раствора от концентрации раствора.

Заключение: таким образом, можно сделать вывод, что внутриаптечный контроль качества лекарственных средств, проводимый в аптечных организациях, позволяет сохранить и повысить качество лекарственных форм, изготавливаемых в аптеках.

Список используемой литературы

1. Государственная фармакопея, XIII (1,2,3).
2. Арзамасцев А.П. Фармацевтическая химия: учеб. пособие для студ. фарм. ин-тов и фарм. фак. мед. вузов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
3. Электронный ресурс: рефрактометрия
4. Электронный ресурс: обзор методов количественного определения лекарственных препаратов

М. Лебишова

Руководитель: преподаватель Т.Т. Щедрина

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ЖИТЕЛЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Распространенность аллергических заболеваний неуклонно возрастает как в развитых, так и в развивающихся странах. В мире за последние 30 лет в каждом десятилетии число пациентов, страдающих тем или иным проявлением аллергии, удваивалось. Этот рост связан, в первую очередь, с неблагоприятной экологической ситуацией, промышленным производством, применением удобрений, наличием синтетических компонентов в продуктах питания, увеличением спектра лекарственных средств. Среди здоровых людей вероятность заболеть аллергией составляет 10 %.

По данным Всемирной организации по аллергии (World Allergy Organization), распространенность аллергических заболеваний в популяции варьирует в различных странах от 10% до 40%. По данным Института иммунологии, представленным в федеральных клинических рекомендациях по диагностике аллергических заболеваний, в Российской Федерации



аллергическими заболеваниями страдают от 17,5% до 30% населения. Таким образом, у каждого 3-4-го пациента может иметь место аллергопатология.

К острым аллергическим заболеваниям относят: анафилактический шок, отёк Квинке, острая крапивница, стеноз гортани, приступ бронхиальной астмы, аллергический ринит и конъюнктивит.

По статистическим данным официального сайта «Федеральная служба государственной статистики», в разделе здравоохранения находится таблица по заболеваниям, связанным с иммунным механизмом на 2020 год зафиксировано 480 случаев, установленных впервые в жизни, а заболеваний органов дыхания 54 273 случаев.

В рамках исследовательской работы по изучению роли фельдшера в диагностике, оказании помощи пациентом при острых аллергических реакциях, проводилось исследование в виде онлайн тестирования «Риск возникновения острых аллергических реакций» на сайте «Google Диск». Тест был создан и направлен на выявление риска возникновения острых аллергических реакций у жителей Ставропольского края. В тесте приняли участие 163 человека, из них 133 участника женского и 30 мужского пола.

В исследовании приняли участие лица разных возрастных групп от 14 до старше 75 лет.

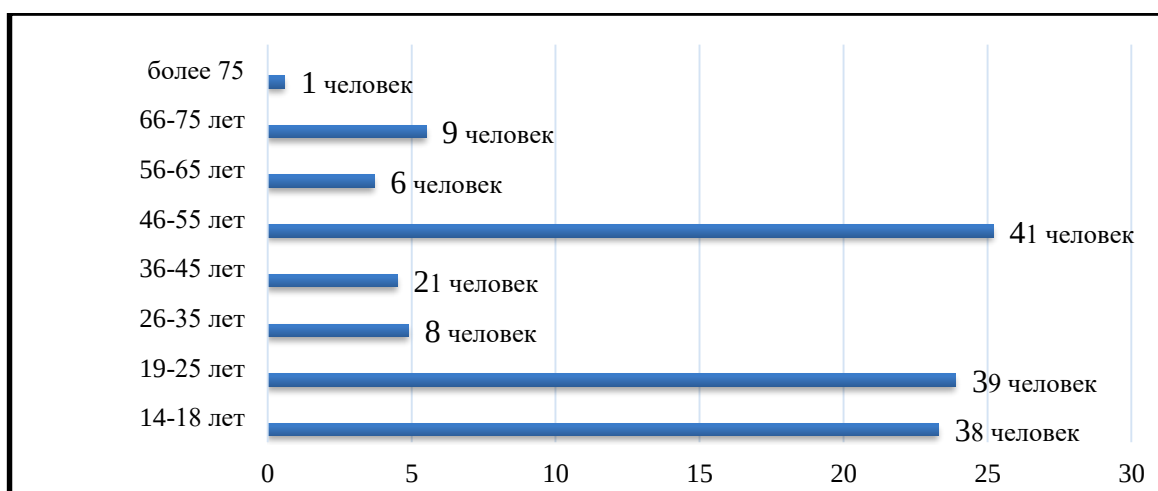


Рисунок 1 – Возрастные группы

По соотношению разновидностей острых аллергических реакций в исследовательской группе были получены следующие результаты: было



установлено, что чаще встречался аллергический ринит – 22 человека (13,5%) и локализованна крапивница – 19 человек (11,7%). Приступ БА отметили 11 человек (6,7%), аллергический конъюнктивит – 10 человек (6,1%). Генерализованная крапивница в анамнезе была отмечена у 9 человек (5,5%). Тяжелые аллергические реакции: ангиоотёк – 7 человек (4,3%), острый стеноз гортани – 6 человек (3,7%), анафилаксия/АШ – 4 человека (2,5%). На вопрос о наличии аллергических заболеваний 114 человек ответили «не было».



Рисунок 2 – Соотношение острых аллергических реакций

Пищевая аллергия отмечалась у 64 человек: на топпинги, специи, соусы, специи - 8 человек (4,9%); молоко, сыры, кисломолочные продукты - 7 человек (4,3%); шоколад и орехи - 7 человек (4,3%); мясо, птица, рыба, яйца и продукты из них - 5 человек (3,1%); 3 человек (1,8%) - жиры и сладости; 3 человек (1,8%) - картофель и овощи; 2 человек (1,2%) - мука, хлебобулочные изделия, сахар, макаронные и кондитерские изделия; 38 человек (23,3%) отметили «другое».



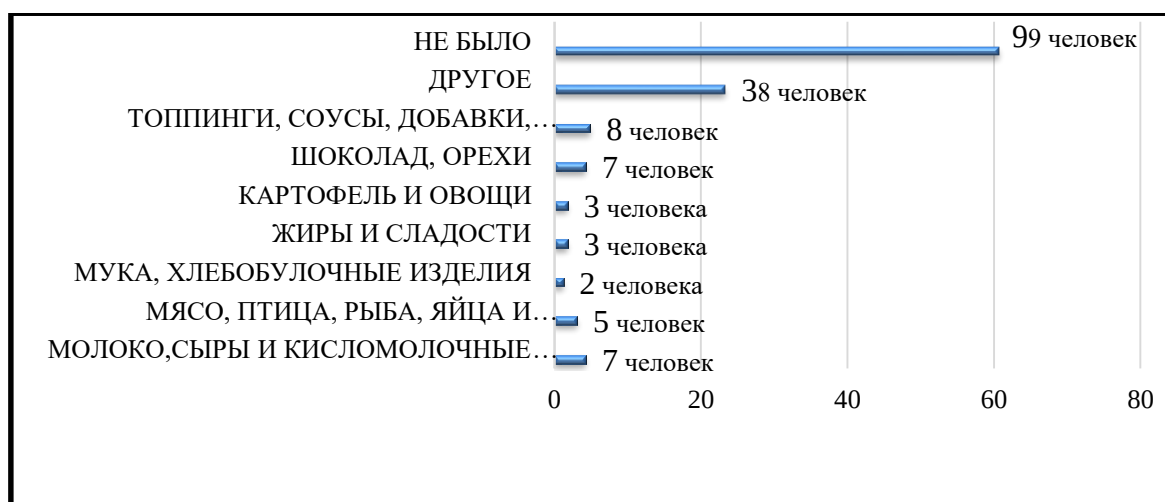


Рисунок 2 – Соотношение участников, имеющих пищевые аллергии

На вопрос о проявлениях пищевой аллергии 28 (17,2%) человек ответили эритема, экзема; 18 (11%) – нарушение дыхания; 17 (10,4%) – крапивница; у 13 (8%) - желудочно-кишечные расстройства.

Острые аллергические реакции на укусы насекомых отмечали 33 человека (20,2%). Из них у 2 (1,2%) отмечался стеноз гортани; анафилактический шок у 1 человека (0,6%); отёк Квинке у 2 (1,2%).

Аллергические реакции на группы лекарственных препаратов:

- препараты местной анестезии 12 (7,4%);
- антибиотики 19 (12,3%);
- витамины 10 (6,1%);
- препараты для контроля АД 6 (3,7%)
- НПВС препараты 4 (2,5%);
- фитопрепараты 3 (1,8%);
- неврологических и психиатрических препараты 2 (1,2%);
- рентгено-контрастные препараты 2 (1,2%);
- другие группы 49 (30%)



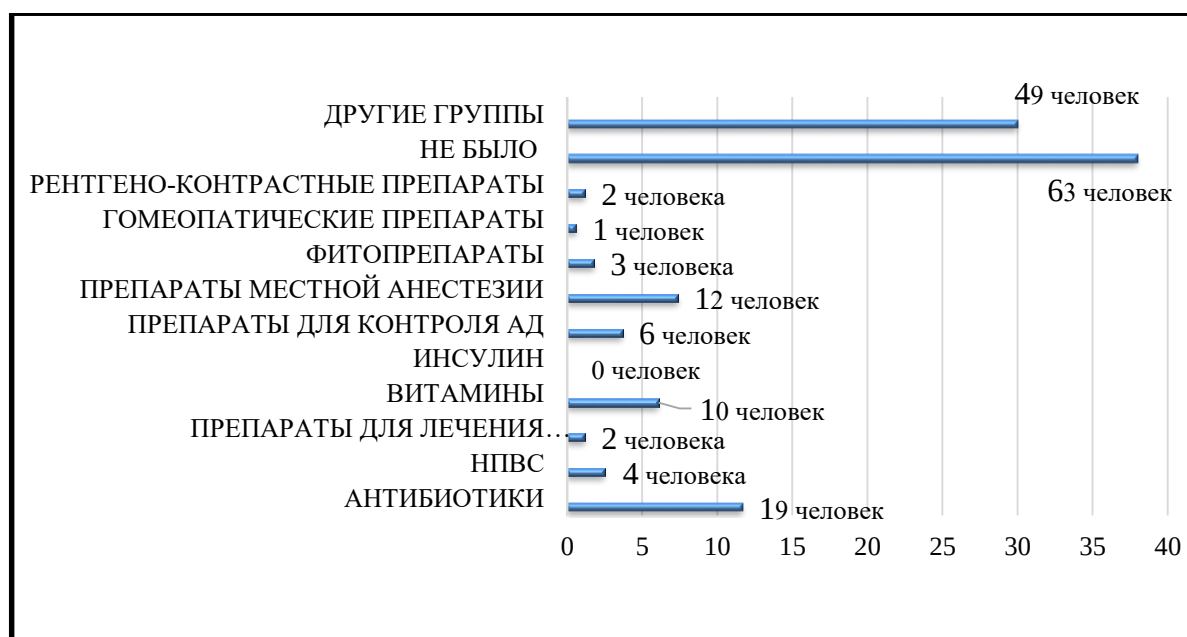


Рисунок 3 – Аллергические реакции на лекарственные препараты

В результате проведения исследовательской работы по выявлению риска возникновения острых аллергических реакций было установлено, что в исследовательской группе у 50 человек (30,7%) были острые аллергические реакции. Аллергия на пищевые продукты отметили 64 человека (39,2%), высыпания на коже связанные с аллергией – 28 (17,2%), острые аллергические реакции на укусы насекомых 33 (20,2%), аллергические реакции на лекарственные препараты разных групп 100 человек (61,3%).

Таким образом, проанализировав результаты исследовательской работы можно сделать выводы, что в структуре риска развития острых аллергических реакций преобладают аллергическая реакция на лекарственные препараты разных групп, аллергия на пищевые продукты и укусы насекомых. Эти острые аллергические реакции, чаще всего проявляющиеся в виде отёка, зуда, различного рода высыпаний на коже, затруднения дыхания и требуют, как правило, оказания неотложной помощи, проводимой в условиях стационара. Особо тяжелые и угрожаемые жизни острые аллергические реакции требуют проведения реанимационных мероприятий и госпитализации пациентов в отделение ИТАР.



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Несмотря на многочисленные внедрения инноваций в сфере медицины, язвенная болезнь остается одной из самых распространенных заболеваний в современной гастроэнтерологии и представляет собой чрезвычайно сложную медицинско-научную проблему.

По статистическим данным Министерства здравоохранения РФ за последние годы заболеваемость снизилась со 128,7 до 79,5 на 100 000 населения. В то же время во всем мире отмечено увеличение частоты осложнений ЯБ. У мужчин это заболевание встречается вдвое чаще, чем у женщин. Локализация язвы в желудке встречается в четыре раза реже, чем с локализацией в 12-перстной кишке. Данная патология, согласно статистике, возникает в возрастном контингенте 20–50 лет, т.е. у людей работоспособного возраста.

Наиболее эффективными методами диагностики – это проведение эндоскопического исследования и уреазный тест для обнаружения бактерии *H.pylori*. Особое внимание в настоящее время привлекают вопросы лекарственной устойчивости *H.pylori*, развитие побочных действий при приеме ингибиторов протонной помпы, а также низкий комплаенс пациента в лечении язвенной болезни.

В постановке диагноза ЯБ значимую роль играет клиническая картина, наличие *H.pilory* среди родственников, длительный прием НПВС, наличие сопутствующих заболеваний (цирроз печени, хронический панкреатит, хроническое неспецифическое заболевание легких, распространенный атеросклероз, полицитемия и др.).

С целью выявления симптомы и риск развития язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей Ставропольского края и Карачаево-



Черкесской республики проводилась исследовательская работа с использованием интернет-ресурса Online Test Pad. Была разработана анкета-опросник, позволяющая выявить риск развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также симптомы, подтверждающие наличие признаков данного заболевания.

В исследовании приняли участие 100 человек, из которых женщины 58 человек, мужчины – 42. Представители молодого возраста от 18 до 44 лет составили 45 человек (45%) от общего числа опрошенных, среднего возраста (45-59) – (47%) и пожилого (75-90 лет) – 8%. В сельской местности проживают 48% исследовательской группы, а 52% в городской.

По результатам проведенного анкетирования было выявлено, что режим питания соблюдают 24 (24%) человек, перекусами питаются 44 (44%) и часто пропускают прием пищи – 32 (32%) опрошенных.

Из 100 человек исследовательской группы 64 человека, что составляет 64%, часто подвергаются стрессовому напряжению.

По результатам анкетирования было выявлено, что 38% опрошенных вынуждены принимать НПВП на постоянной основе, пользуются этими препаратами по мере необходимости 54%, и только 8% опрошенным не приходится использовать НПВП.

На вопрос «Какие симптомы наиболее часто беспокоят?», были получены следующие результаты: изжога наблюдается у 16 (16%) опрошенных, отрыжка – 19 (19%), диарея – 12 (12%) и у 53 (53%) человек отмечаются частые боли в эпигастральной области.

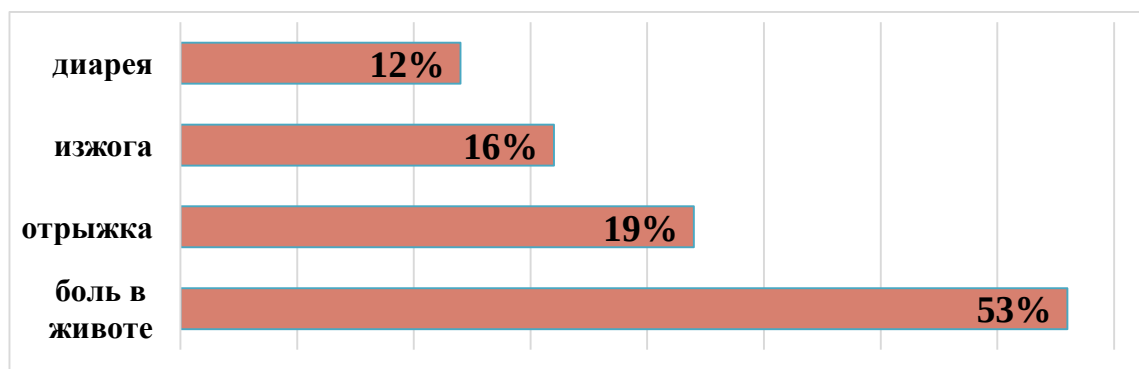


Диаграмма Соотношение числа опрошенных по симптомам



Ночные боли в эпигастральной области отмечают 31 (31%) опрошенных. Боли после приема пищи беспокоят 22 (22%) человек.

На вопрос о характере боли были даны следующие ответы: ноющие боли часто беспокоят 28% опрошенных, жгучие – 8%, тупые – 15%, режущим – 2%.

По поводу данных симптомов к врачу обратились всего 46 (46%) человек из исследовательской группы. Эрадикационная терапия к *H.pilory* проводилась 15% исследуемых.

Заболевания ЖКТ встретились у 51 опрошенных (51%), из них хронический гастрит отмечался у 32 человек, дисбактериоз у 11 человек, хронический гастродуоденит – 5, панкреатит – 3.

На вопрос о наличии родственников, болеющих язвенной болезнью 29 (29%) участников анкетирования дали положительный ответ.

Таким образом, в ходе исследовательской работы было выявлено, что из 100 человек исследовательской группы режим питания соблюдают только 24% исследуемых, частым стрессовым состояниям подвержены 64%, вынуждены принимать НПВС на постоянной основе 38%, у 31 % бывают ночные боли и у 22% боли после приема пищи, чаще это боли ноющего характера (56%). За медицинской помощью по поводу данных симптомов из исследуемой группы обратились 46 человек (46%), из них только 15% опрошенных проходили эрадикационную терапию.

Высокая степень приверженности пациента к лечению является самым действенным способом достижения положительных результатов в терапии. И задачей фельдшера является способствовать этому. Для этого фельдшер должен обладать следующими навыками: знать основные клинические симптомы и признаки заболевания, уметь выявлять специфические жалобы и корректно собирать анамнез, грамотно подготовить пациента к предстоящим инструментальным исследованиям. Предупреждение обострений и рецидивов заболевания является ключевым моментом вторичной профилактики ЯБ. В практике фельдшера язвенная



болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки встречается как на амбулаторном приеме ФАП, и может потребовать проведение мероприятий по диспансерному наблюдению, а также проведения неотложных мероприятий при возникновении осложнений и госпитализации пациента в отделения терапевтического или хирургического профиля.

А. Зайцева

Руководитель: преподаватель Т.Т. Щедрина

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ

Основной причиной летальности в мире были и остаются заболевания сердечнососудистой системы. Эта проблема имеет медицинское и социальное значение, в том числе и среди трудоспособного населения. В России болезни системы кровообращения занимают ведущее место среди причин смертности населения. Ежегодно в мире отмечается более 15 млн. новых случаев инфаркта миокарда. По данным Росстата в 2019 г. в России от инфаркта миокарда умерли 54 730 человек. Актуальной является проблема высокой смертности от острого ИМ населения трудоспособного возраста.

Острый коронарный синдром — это комплекс симптомов, сопровождающий такие неотложные состояния, как инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия.

На этапе предварительного диагноза острый коронарный синдром классифицируется как: ОКС с с элевацией сегмента ST, приводит к развитию трансмурального инфаркта миокарда, и ОКС без элевации сегмента ST, проявляется как нестабильная стенокардия и интрамуральный инфаркт миокарда.

Основной причиной острого коронарного синдрома является ишемия миокарда, развивающаяся вследствие несоответствия количества поставляемого кислорода и потребностью сердечной мышцы. Причиной чаще всего становится атеросклеротическое поражение коронарных артерий.



Клинически ОКС проявляется как продолжительный ангинозный синдром. Ишемия миокарда характеризуется чувством жжения и сжимающей боли за грудиной, иррадиирующей в нижнюю челюсть, шею, левую руку и лопатку, область эпигастрия. Весь приступ сопровождается чувством сильного страха смерти, паническими атаками, нервным возбуждением и выраженными вегетативными расстройствами. Однако встречается и атипичные формы течения заболевания, болевой синдром не является основной жалобой, чаще у женщин, пожилых, больных с сахарным диабетом.

Диагноз ОКС выставляется при наличии остро возникших симптоматических проявлений ишемии миокарда, на ЭКГ отсутствуют стойкие, длительные (более 20 мин) изменения как минимум в 2 смежных отведениях и нет остро возникшей блокады левой ножки пучка Гиса. При наличии сомнений в наличии ишемии миокарда и необходимости уточнения диагноза, проводят дополнительные исследования, позволяющие провести дифференциальную диагностику. К ним относятся: физикальное обследование; лабораторные исследования (биохимическое исследование крови и тропониновые тесты); инструментальные методы диагностики (ЭКГ, ЭхоКГ, МРТ и рентгенография органов грудной клетки).

Пациент госпитализируется на лечение в отделении интенсивной терапии, с возможностью мониторинга ЭКГ в течение следующих 24-48 ч. Далее направляется в операционную РХМДиЛ для проведения операции коронароангиографии с диагностической целью. Перевести больного в отделение консервативной кардиологии можно после 12-24 часового периода клинической стабильности, то есть отсутствия симптомов ишемии миокарда, сердечной недостаточности и нарушений сердечного ритма, приводящих к нарушению гемодинамики.

Чем быстрее начнется лечение, тем больше вероятность предотвращения гибели большого участка миокарда. Скорейшая госпитализация и начало инвазивной реваскуляризации, снижает вероятность развития тяжелых осложнений: острая сердечная недостаточность; рецидив



ишемии или повторный инфаркт миокарда; разрыв свободной стенки сердца; разрыв межжелудочковой перегородки; отрыв папиллярной мышцы; нарушения ритма и проводимости; аневризма сердца; инсульт.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», АРО №2 и кардиологическое отделение №2. Проводилась курация 20 пациентов с острым коронарным синдромом, из них женщины – 5 (25%), мужчины – 15(75%). Возрастной состав: до 40 лет – 2 человека (10%), до 60 лет – 7 (35%), старше 60 – 11 (55%).

В результате изучения клинических данных выявлено, что с типичной картиной приступа зафиксировано 17 (85%) случаев, 3 (15%) имели нетипичную картину: абдоминальный вариант течения отмечался у 1 пациента и астматический вариант у 2 человек.

Из анамнеза пациентов выявлено, что сопутствующие заболевания, такие как гипертоническая болезнь (ГБ) отмечались у 11 человек (55%), сахарный диабет (СД) у 7 (35%), ожирение 3 степени 1(5%). Сочетание СД и ГБ отмечалось у 5 пациентов (25%). Не имеет сопутствующих заболеваний – 1 человек (5%).

Среди исследуемых пациентов диагноз ОКС с подъёмом сегмента ST составляет 80% (16 клинических случаев), без подъёма ST – 20% (4 клинических случая). Данные показатели могут определять дальнейшее развитие заболевания, его течение, развитие возможных осложнений и лечебную тактику.

Таким образом, в исследованной группе пациентов, ОКС с элевацией сегмента ST (16 чел. – 80% отмечалось чаще, чем без элевации ST 4 чел. – 20%). У большинства пациентов 17 (85%) отмечалась сопутствующая патология: как ГБ – 55%, СД 7 – 35, и у 25% сочетание СД и ГБ.

Всем пациентам, имеющим диагноз ОКС с элевацией сегмента ST (80%), с диагностической целью проводилась экстренная операция: коронароангиография, баллонная вазодилатация с установкой стента в коронарный сосуд.



Объем проводимой помощи на госпитальном этапе представлен клиническим случаем.

Клинический случай: пациент К., 74 года, доставлен по экстренным через 6-24 часа после начала заболевания. Больной прибыл из МУЗ Городской клинической больницы №3 г. Ставрополь, диагноз направившего учреждения ишемическая болезнь сердца (ИБС), ОКС.

При первичном осмотре предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в области сердца, сопровождающееся выраженной общей слабостью, эпизоды повышения АД до 210/110 мм рт. ст. (адаптированные цифры АД 120-130/80 мм рт. ст.).

Из анамнеза: ИБС, ГБ страдает в течении многих лет, периодически обращается к кардиологу по месту жительства, рекомендации постоянно не соблюдал, ситуационно принимал гипотензивные препараты. Накануне почувствовал выраженную боль в области сердца, сопровождающуюся выраженной общей слабостью. Госпитализирован в ГКБ №3, с диагнозом нестабильная стенокардия, где на фоне проводимого лечения состояние пациента не улучшилось, рекомендована госпитализация в РСЦ ГБУЗ СК «СККБ».

Объективный осмотр: общее состояние: тяжелое, обусловлено кардиальной патологией. Сознание ясное, адекватен. Кожные покровы бледно-розовой окраски, умеренный акроцианоз. ЧДД 18 в мин. Аускультационно над легкими жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая – 5-е межреберье 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя на уровне III ребра. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 60 в мин, умеренного напряжения, удовлетворительного наполнения, симметричный, ЧСС 60 в мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется.

Предварительный диагноз: Основной: ИБС: Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST по нижней области левого желудочка,



ангинозный вариант. Фоновый: Гипертоническая болезнь III стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) 4 (категория очень высокого риска). Осложнение основного: Острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН) I по Killip.

Результаты дополнительных исследований:

- лейкоцитоз со сдвигом влево (нейтрофилы 82,4 %); АлАТ – 59,4 Ед/л; АсАТ – 325,3; Креатинкиназа – 315,2 Ед/л; Глюкоза – 8,7 ммоль/л ЛДГ – 777,93 Ед/л;
- ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 58 уд/мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца (ЭОС). Очаговые изменения в миокарде нижней области левого желудочка (подъем сегмента ST в II, III, aVF, реципрокная депрессия сегмента ST I, aVL, V1-V6);
- рентгенологические признаки застойных изменений в малом круге кровообращения, правостороннего «малого» гидроторакса, правосторонней полисегментарной пневмонии, признаки увеличения размеров сердца.

Пациент транспортирован в отделение РХМДиЛ, с последующим выполнением коронароангиографии в экстренном порядке и возможного интервенционного лечения.

Проводимая терапия: статины: аторвастатин 40 мг; бета-блокаторы: метопролол 25 мг по ЧСС; ингибиторы АПФ: лизиноприл 2,5 мг; дезагреганты: брилинта 90 мг; гепарин 20 тыс. единиц действия (ЕД), линеоматом; гастропротекторы: омепразол 20 мг/сут.

На фоне проводимой терапии состояние улучшилось. На 4 день наблюдения пациент переведен из отделения ОАР№2 в кардиологическое отделение №2, где продолжил лечение.

Таким образом, результаты проведённых исследований показали, что пациенты с острым коронарным синдромом нуждаются в своевременной и адекватной медицинской помощи. На догоспитальном этапе необходимо правильно провести диагностику заболевания и составить тактику



дальнейших действий по алгоритму оказания неотложной помощи. Самыми опасными являются первые часы заболевания, когда высок риск развития тяжелых осложнений и летальности, поэтому необходимо в кратчайшие сроки доставить больного в учреждение, где есть возможность быстро начать инвазивное и оперативное лечение.

М.Боброва

Руководитель: преподаватель Е.А. Франчук

COVID-19 У БЕРЕМЕННЫХ

Беременность – это физиологическое состояние, создающее предрасположенность к респираторным вирусным инфекциям. В связи с физиологическими изменениями в иммунной и сердечно-легочной системе, у беременных женщин повышена вероятность тяжелого течения респираторных вирусных инфекций.

Имеются противоречивые данные относительно большей подверженности беременных женщин коронавирусной инфекции из-за изменений в организме (прежде всего, в органах дыхательной и иммунной системы).

В настоящее время показано, что заболеваемость у беременных COVID-19 выше, чем в популяции. Установлено, что из-за своих уникальных иммунных характеристик и восприимчивости к респираторным патогенам беременные, инфицированные Covid, должны рассматриваться как группа высокого риска тяжелой заболеваемости и смертности. Многочисленные исследования свидетельствуют о неблагоприятных исходах беременности у пациенток с COVID-19. Смертность беременных составляет (11,3), так как у беременных с COVID-19 возможно внезапное развитие критического состояния на фоне стабильного течения заболевания.

В целом, у беременных часто наблюдается бессимптомное течение COVID-19. Наиболее частыми клиническими признаками у беременных с COVID-19 были лихорадка, кашель и миалгия с распространенностью от 30 до 97%, Лихорадка 75,5%; и кашель– 48,5%; являются наиболее частыми



симптомами, за которыми следуют миалгия (26,5%) и озноб (25%), дисгевзия (27%) и утомляемость (26,5%). Данные представлены на рисунке 1.

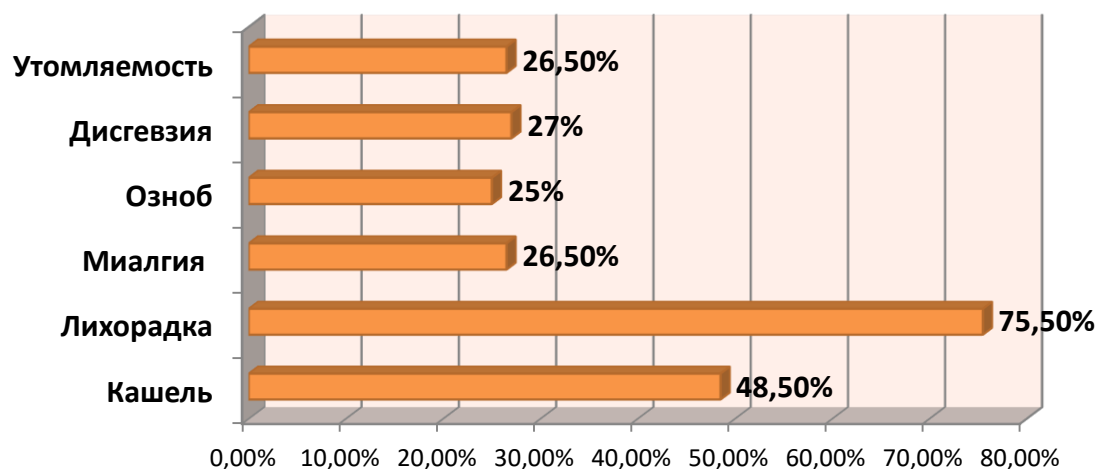


Рис.1

Из лабораторных данных для беременных характерна большая частота лейкоцитоза (27%) и тромбоцитопении (18%), но меньшая частота повышения С-реактивного белка (52%). Данные представлены на рисунке 2.

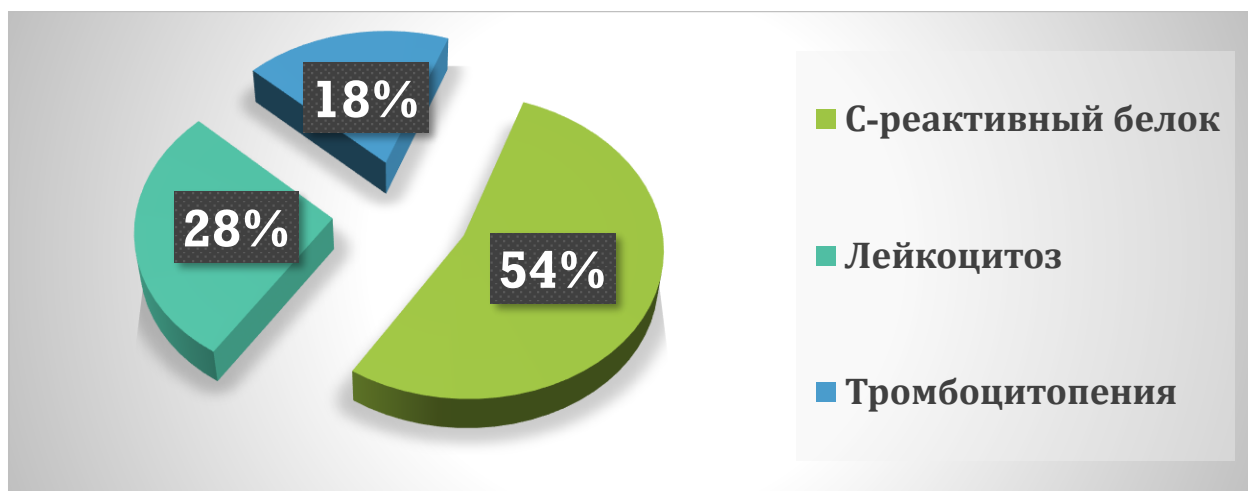


Рис. 2

Пневмония является наиболее часто диагностируемым клиническим синдромом инфекции COVID-19 у беременных с распространенностью от 71 до 89%. Признаки двусторонней пневмонии (57,9%) и симптом «матового стекла» (65,8%) являются наиболее частыми изменениями при компьютерной томографии (КТ). По данным (2021), наиболее частый симптом при КТ у беременных – симптом «матового стекла» (57%).



Группу наиболее высокого риска развития тяжелых форм COVID-19 составляют беременные, имеющие соматические заболевания: хронические заболевания легких, в том числе бронхиальную астму средней и тяжелой степени тяжести, заболевания сердечно-сосудистой системы, артериальную гипертензию, сахарный диабет, онкологические заболевания, ожирение (ИМТ>30 кг/м²); хроническую болезнь почек, заболевания печени.

Передача SARS-CoV-2 от матери плоду во время беременности маловероятна, но после рождения ребенок может быть подвержен инфицированию вследствие контакта с COVID-положительным человеком. Однако возможна вероятность вертикальной трансмиссии у 5,3% и частота рождения COVID-19 позитивных новорожденных в 8% случаев.

Частота выделения SARS-CoV-2 из плаценты зарегистрирована в 12% случаев, из пуповины – в 6%, из амниотической жидкости – в 5,6%, из грудного молока – в 5,0%, из вагинального секрета – в 4,6%. Данные представлены на рисунке 3.

Частота выделения COVID-19

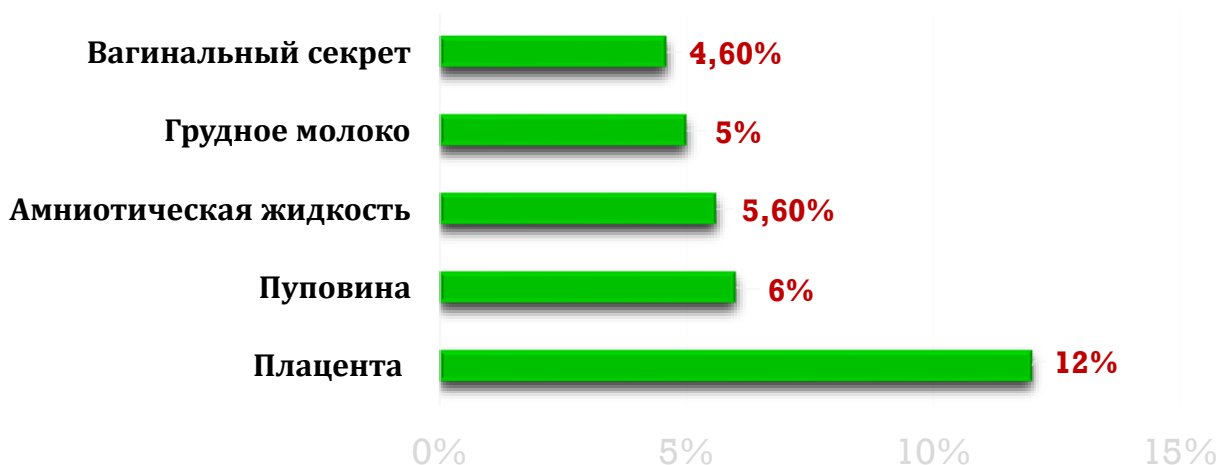


Рис.3

Частота преждевременных родов у пациенток с COVID-19 составляет 25,0%, преэклампсии – 5,9%, выкидышей – 14,5%, преждевременного разрыва плодных оболочек – 9,2% и задержки роста плода ЗВУР–25,0%.



Наиболее частым послеродовым осложнением у пациенток с COVID-19 являются послеродовые кровотечения (54,5%). Операцией кесарева сечения родоразрешается более половины беременных (48-100%). Сравнение исходов беременности показывает, что у беременных с COVID-19 значительно выше частота кесарева сечения (ОШ=3; 95%ДИ= 2–5), рождения детей с низкой массой тела (ОШ=9; 95%ДИ= 2,4–30) и преждевременных родов (ОШ = 2,5; 95% ДИ = 1,5–3,5), чем без COVID-19. Госпитализируется в отделение реанимации и интенсивной терапии 3,6-31,3% беременных, потребность в инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) составляет около 4,0%, погибает 0,14-2,7% пациенток.

Среди перинатальных исходов наиболее часто регистрируются дистресс-синдром плода (26,5-30,0%), низкая масса тела при рождении (25,0%), асфиксия новорожденных (1,4%). Госпитализация новорожденных в отделение интенсивной терапии требуется в 43% случаев, а перинатальная летальность составляет 0,35-2,2%].

Вероятный случай COVID-19:

1. Клинические проявления острой респираторной инфекции (температура тела $> 37,5^{\circ}\text{C}$ и один или более признаков: кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, насыщение крови кислородом; по данным пульсоксиметрии ($\text{SpO}_2 < 94\%$), боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита, слабость, мышечные боли, головная боль, рвота, диарея, кожная сыпь) при наличии хотя бы одного из эпидемиологических признаков:

- возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов;
- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по COVID-19, который в последующем заболел;
- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, у которого лабораторно подтвержден диагноз COVID-19;
- работа с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19.



2. Наличие клинических проявлений тяжелой пневмонии, ОРДС, сепсиса или наличие пневмонии с характерными изменениями в легких по данным компьютерной томографии или обзорной рентгенографии органов грудной клетки вне зависимости от результатов лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР и эпидемиологического анамнеза

Диагностика у беременных включает:

- Общий (клинический) анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Гемостазиограмма

Обязательное лабораторное исследование на наличие РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) вне зависимости от клинических проявлений.

Показания к проведению УЗИ у беременных в условиях пандемии COVID-19:

1. Плановое УЗИ: проведение 1-го и 2 -го скринингов. Перенести все плановые визиты, если возможно.
2. Экстренное УЗИ (кровотечение, угроза самопроизвольного выкидыша и другие экстренные ситуации).
3. Патология плода, требующая динамического наблюдения (фето-фетальный синдром, неиммунная водянка плода, пороки развития плода, синдром задержки роста плода и т.д.).

Показаниями к госпитализации беременных с COVID-19 во всех случаях являются среднетяжелые и тяжелые формы заболевания. При легкой форме заболевания беременные могут получать лечение в домашних условиях под контролем участкового терапевта и акушера-гинеколога женской консультации при условии мониторинг состояния женщины без ущерба для безопасности ее семьи.

В рамках оказания медицинской помощи необходим мониторинг состояния пациента для выявления признаков ухудшения клинического состояния. Пациенты, инфицированные SARS-CoV-2, должны получать



поддерживающую патогенетическую и симптоматическую терапию. Лечение сопутствующих заболеваний и осложнений осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи по данным заболеваниям. В настоящее время эффективность противовирусных препаратов при лечении пациентов с COVID-19 однозначно не доказана; многие из них противопоказаны при беременности, особенно в первом триместре. Наблюдение за состоянием плода: ежедневный мониторинг частоты сердечных сокращений плода, проведение КТГ с 30 недель беременности.

Тяжелое течение пневмонии связано с высокой частотой материнской и перинатальной смертности, в связи с этим необходимо проведение интенсивного курса лечения, включающего поддерживающее лечение с гидратацией и оксигенотерапией, предпочтительно в положении на левом боку.

Антибактериальная терапия: соответствующее лечение антибиотиками в сочетании с противовирусными препаратами должно применяться незамедлительно при наличии предполагаемых или подтвержденных вторичных бактериальных инфекций. Мониторинг артериального давления и контроль водно-электролитного баланса организма.

Оксигенотерапия: необходима для поддержания уровня сатурации кислородом на уровне 95% или выше. Респираторная поддержка показана пациентам с гипоксемией и/или находящимся в состоянии шока, метод вентиляции должен быть подобран соответственно состоянию пациентки. Вентиляция должна проводиться с учетом рекомендаций анестезиологов-реаниматологов. Гепаринотерапия признана обоснованной в случае тяжелого течения заболевания.

Наблюдение за состоянием плода: ежедневный мониторинг функционального состояния плода (кардиотокография (КТГ) плода (ежедневно, доплерометрия). Досрочное родоразрешение – решение должно



приниматься медицинским междисциплинарным консилиумом (анестезиолог-реаниматолог, акушер-гинеколог, неонатолог, инфекционист) в каждом конкретном случае.

При легком течении COVID-19 до 12 недель беременности, в связи с недоказанным отрицательным влиянием на плод, возможно пролонгирование беременности до доношенного срока.

При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания до 12 недель беременности в связи с высоким риском перинатальных осложнений, связанных как с опосредованным тератогенным воздействием вирусной инфекции (гипертермия), так и с эмбриотоксичным действием лекарственных препаратов, возможно прерывание беременности после излечения инфекционного процесса. При отказе пациентки от прерывания беременности рекомендуется поставить вопрос о проведении биопсии ворсин хориона или плаценты до 12-14-й недель или амниоцентеза с 16 недель беременности для выявления хромосомных аномалий плода, которые проводятся по желанию женщины.

Ведение родов у пациенток с подозрением на COVID-19 или подтвержденным COVID-19 (FIGO, 2020):

- наличие COVID-19 не является показанием для родоразрешения;
- вагинальные роды связаны с низким риском инфицирования новорожденного;
- партнерские роды должны быть запрещены при вероятных/подтвержденных случаях COVID-19 для снижения риска инфицирования.

Также следует максимально уменьшить количество присутствующего медперсонала. При «отрицательном» статусе COVID-19 у роженицы возможны партнерские роды, если у партнера имеется результат ПЦР, подтверждающий «отрицательный» статус по COVID-19, давностью не менее, чем за 48 часов до предполагаемой даты родов;



- срок и метод родоразрешения должны определяться индивидуально, в зависимости от клинического состояния женщины, срока беременности, состояния плода;
- для женщин с подозреваемым или подтвержденным COVID-19 в третьем триместре, которые выздоравливают и не имеют медицинских/акушерских показаний для экстренного родоразрешения, разумно отложить запланированное кесарево сечение или индукцию родов до получения отрицательного результата тестирования или отмены статуса изоляции и, тем самым, минимизировать риск постнатального инфицирования новорожденного;
- показания к индукции родов должны определяться в индивидуальном порядке (учитывая состояние пациентки) и, по возможности, отложены, так как родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с увеличением показателя материнской летальности и большим числом осложнений:
- утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений;
- развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности; - возникновение акушерских кровотечений;
- интранатальная гибель плода;
- послеродовые гнойно-септические осложнения.

При проведении индукции родов применять схему подготовки шейки матки, соответствующей протоколу «быстрой индукции».

В случае развития спонтанной родовой деятельности в разгар заболевания (пневмонии) роды предпочтительно вести через естественные родовые пути под непрерывным мониторным контролем состояния матери и плода (повышен риск дистресс-синдрома плода в родах).

С целью ускорения процесса родоразрешения при дистресс-синдроме плода, слабости родовой деятельности и/или ухудшении состояния женщины возможно применение вакуум-экстракции или акушерских щипцов.

Родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с увеличением показателя материнской летальности и большим числом осложнений:



- утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений,
- развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности,
- возникновение акушерских кровотечений,
- послеродовые гнойно-септические осложнения.

Однако при невозможности устранения гипоксии на фоне ИВЛ или при прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких, а также при рефрактерном септическом шоке по жизненным показаниям в интересах матери и плода показано экстренное абдоминальное родоразрешение (кесарево сечение) с проведением всех необходимых мероприятий по профилактике коагулопатического и гипотонического акушерского кровотечения.

Рекомендуется ранняя установка эпидурального катетера роженицам с COVID-19 и высоким риском оперативного родоразрешения.

Меры предосторожности при контакте с пациенткой и использование средств индивидуальной защиты следует соблюдать в течение послеродового периода до получения отрицательного анализа на SARS-CoV-2 у женщины.

Средства индивидуальной защиты для персонала;

- хирургическая маска для пациента;
- отсутствие посещений родственников/партнеров.

Ранняя выписка пациентов с легкой симптоматикой и без акушерских осложнений на амбулаторный уход и с инструкций по изоляции.

Критерии выписки из стационара беременных и родильниц:

- нормальная температура тела в течение 3-х дней;
- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;
- восстановление нарушенных лабораторных показателей;
- отсутствие акушерских осложнений;
- однократный отрицательный результат назофарингеального мазка методом ПЦР в режиме реального времени на наличие возбудителя COVID-19.

Большинство консультативных приемов в послеродовом периоде могут быть проведены дистанционно, если у пациентки нет особых жалоб,



требующих очного осмотра. Определенные жалобы (со стороны молочных желез или послеоперационного рубца) могут быть оценены по видео или фотографиям.

К.Айдемирова

Руководитель: преподаватель М.В. Клиша

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Исследовательская работа проводилась на базе ГБУЗ СК «Городской клинической консультативно–диагностической поликлиники» города Ставрополя. Был проведен анализ 30 контрольных карт диспансерного наблюдения пациентов (учетная форма № 030/у) с хроническими заболеваниями органов дыхания.

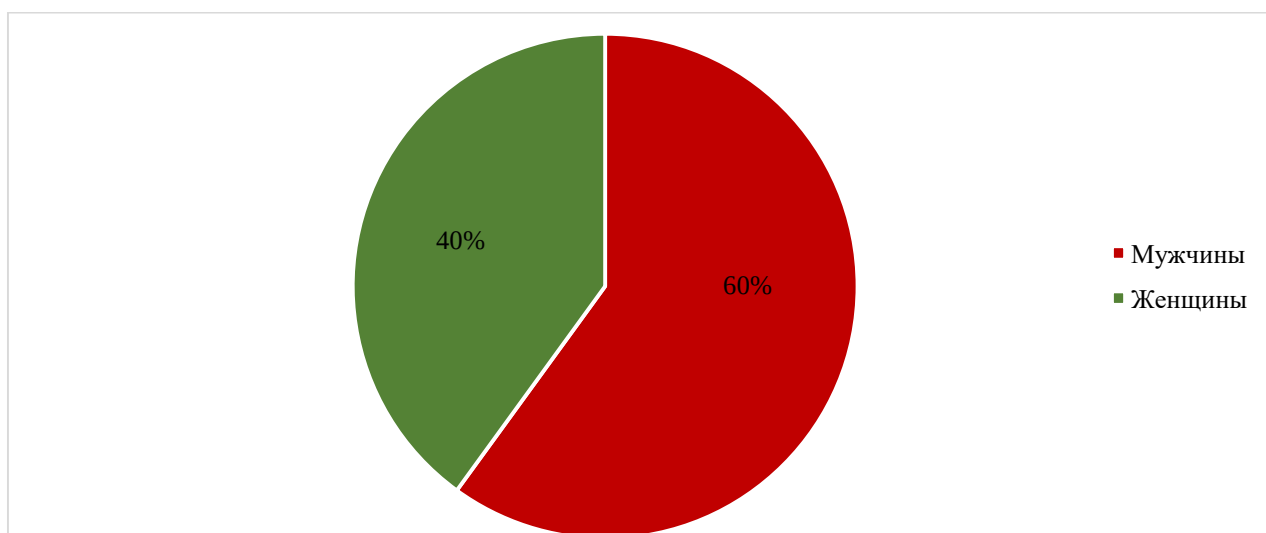


Рисунок 1 – Возрастно–половой состав респондентов

На основании данных о возрастно–половом составе пациентов терапевтического участка № 10 за 2021 – 2022 гг., можно сделать вывод, что из них (60 %) составили мужчины и (40 %) – женщины. Возраст от 30 до 55 лет. Можно сказать, о том, что мужчины больше подвержены к хроническим заболеваниям органов дыхания, чем женщины (Рисунок 1).

В исследовании была изучена заболеваемость терапевтического участка № 10 за период 2021 – 2022 гг., можно отметить, что первое место



среди заболеваний на протяжении этого периода занимает хронический бронхит – 45%, второе место занимает пневмония – 35 %, третье место бронхиальная астма, которая составила – 15 %, и четвертое место занимает ХОБЛ – 5 % (Рисунок 2).

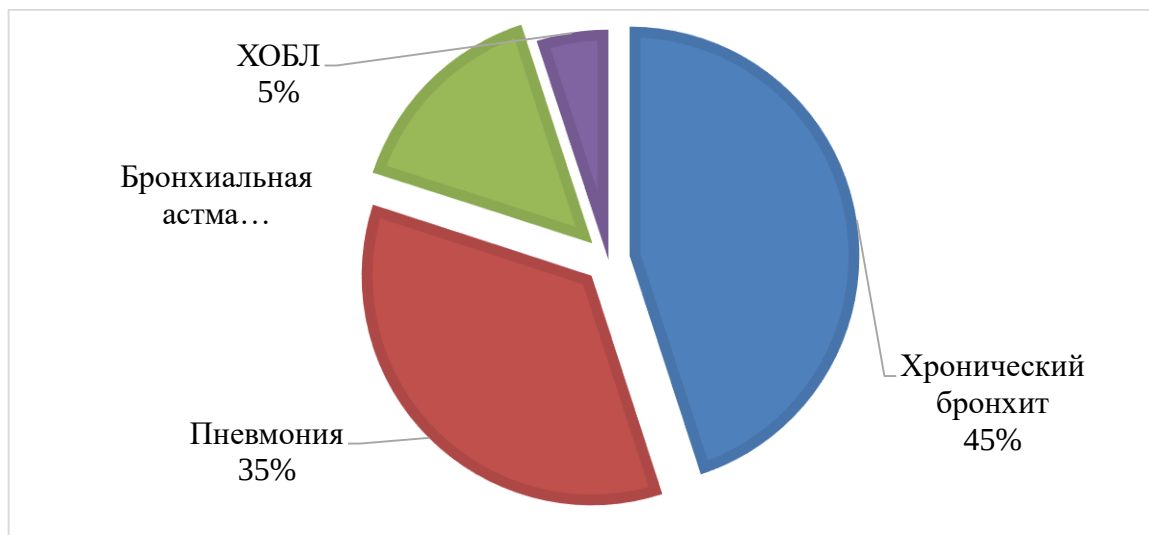


Рисунок 2– Заболеваемость на терапевтическом участке № 10 за 2021–2022 гг.

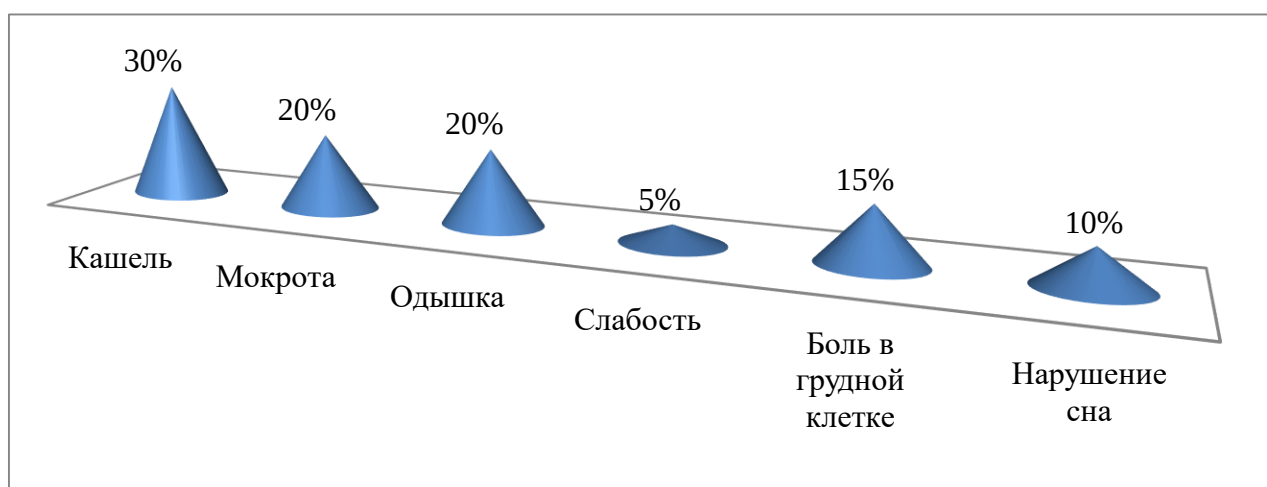


Рисунок 3 – Распространённые жалобы при хронических заболеваниях органов дыхания

В следующей обработке было выявлено самые распространённые жалобы пациентов, с хроническими заболеваниями органов дыхания. Чаще беспокоившийся жалобой является кашель, который составил – 30 %, по 20 % составили одышка и выделение мокроты чаще всего по утрам, 15 % –



встречается менее выраженная боль в грудной клетке, 10 % – нарушение сна, и всего лишь у 5 % пациентов наблюдается слабость (Рисунок 3).

На вопрос о том, имеете ли вы представление о своем заболевании, абсолютно все респонденты ответили положительно (Рисунок 4).

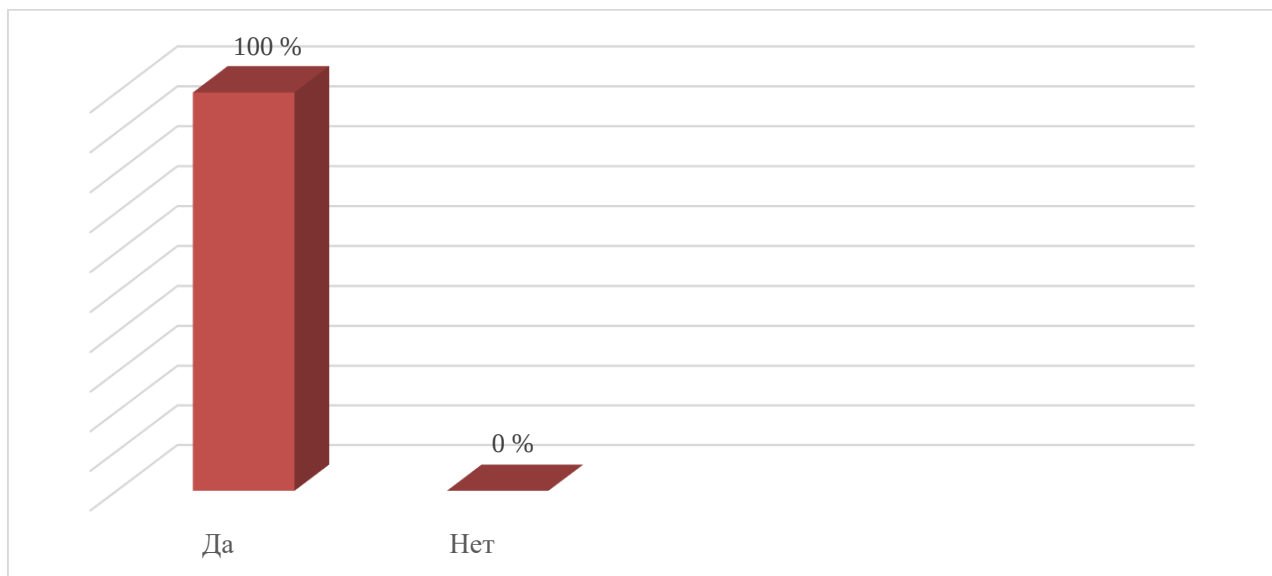


Рисунок 4 – Анализ информированности пациентов о своем заболевании

В следующей обработке данных было выявлено посещаемость пациентов участкового терапевта врача в диспансерном наблюдении, были получены следующие результаты: 1 раз в год посещают врача 10 % пациентов, 2 раза в год – 16 %, а основная масса (74 %) – посещают врача по ухудшению состояния (Рисунок 5).

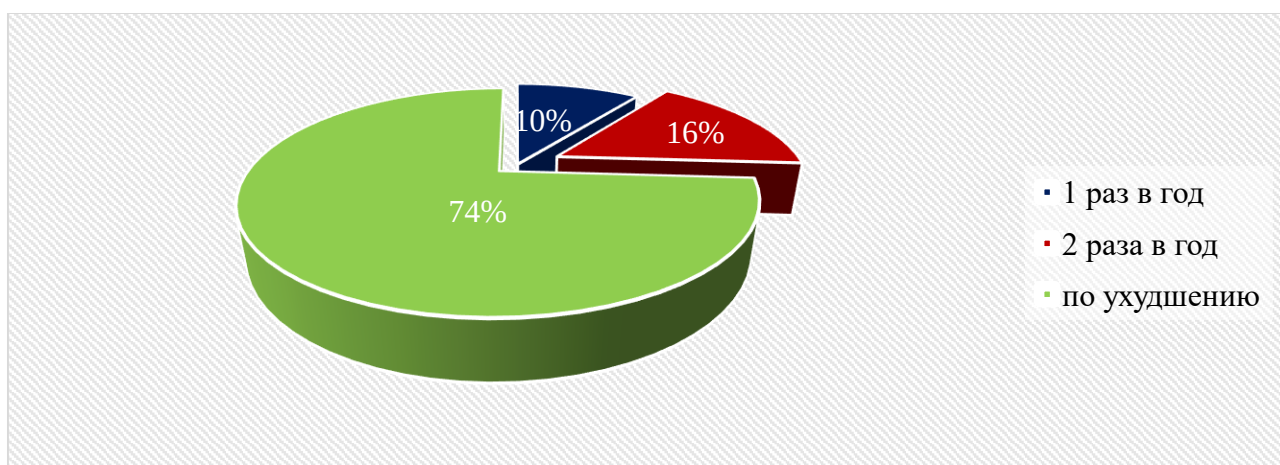


Рисунок 5– Анализ частоты посещения участкового врача

Пациенты с хроническими заболеваниями органов дыхания, не наблюдаются регулярно у врача, и обращаются только, при ухудшении



самочувствия. Ведь, если наблюдение будет регулярным, то врач сможет контролировать течение заболевания, предотвратить возможные осложнения и тем самым уменьшить риск частых и повторных госпитализаций.

Установлено, что 20 % респондентов имеют заболевания пищеварительной системы, заболевания эндокринной системы – 13 %, у 20 % респондентов имеются заболевания органов дыхания, и 47 % пациентов отмечают отсутствие сопутствующих заболеваний (Рисунок 6).

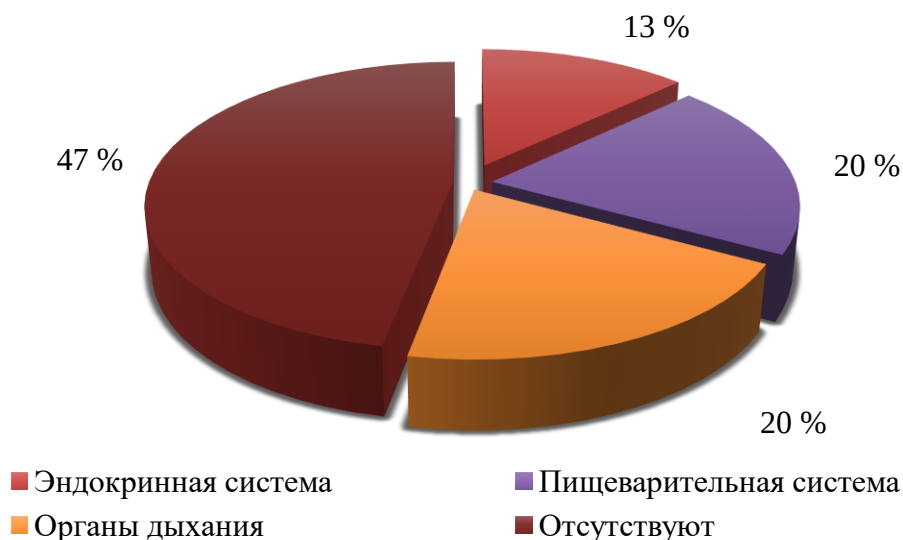


Рисунок 6 – Анализ сопутствующих заболеваний

Е.Белоусов
Руководитель: преподаватель М.В. Клиша

ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 6» г. Ставрополя в терапевтическом отделении №1.

Пациенты, которые участвовали в работе школ «Здоровая почка» и Школа здоровья для больных гипертонической болезнью, отвечали на вопросы анкет.

В анкетировании приняли участие 30 человек. Возраст исследуемых составил от 30 до 65 лет, лица мужского пола преобладали над женским полом (80 % и 20 % соответственно) (Рисунок 1).



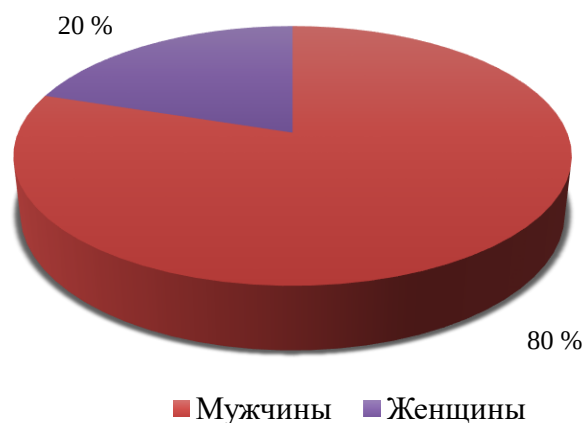


Рисунок 1 – Возрастно–половой состав респондентов

Из анализа анкетирования видно, что 40 % пациентов достаточно знают о своем заболевании, 30 % пациентов считают себя информированными, 20 % пациентов знают мало, 10 % знают не в достаточном объеме (Рисунок 2).

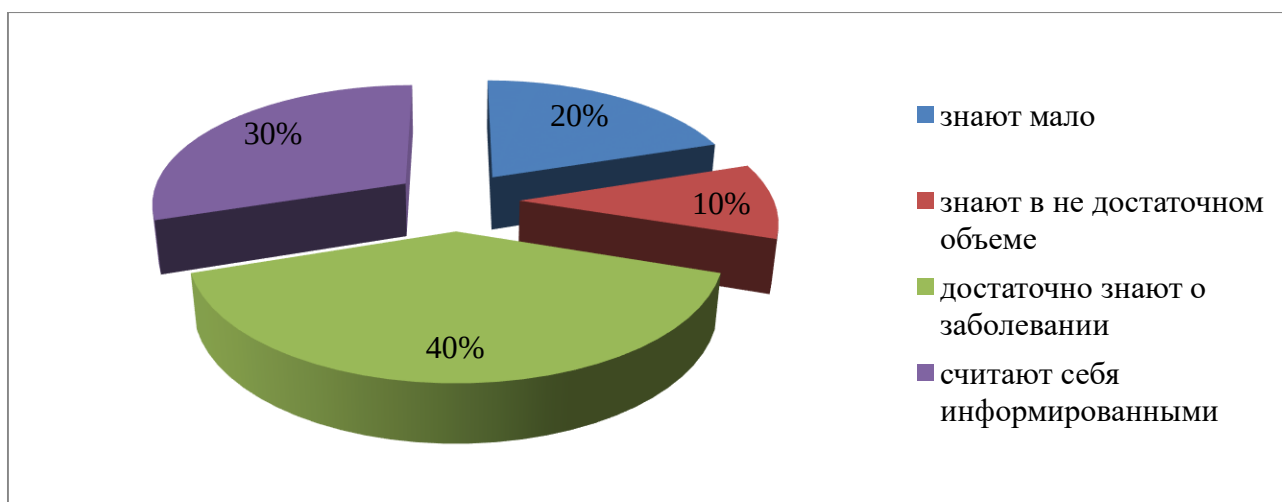


Рисунок 2 – Информированность пациентов о заболевании

Что нужно соблюдать диету, знают все пациенты, а 65 % респондентов не строго придерживаются диеты, 35 % респондентов не соблюдают диету (Рисунок 3).



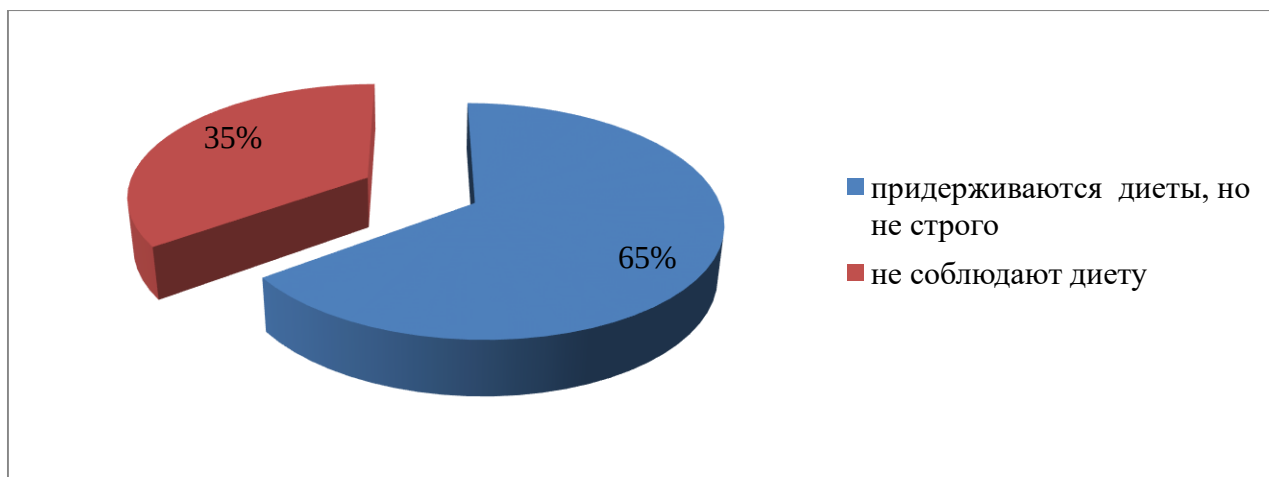


Рисунок 3 – Соблюдение пациентами назначенной диеты

Придерживаются назначений врача 75 % пациентов, они знают, что необходимо регулярно применять лекарства, не смотря на улучшение состояния, 25 % пациентов владеют информацией о методах самоконтроля (Рисунок 4).

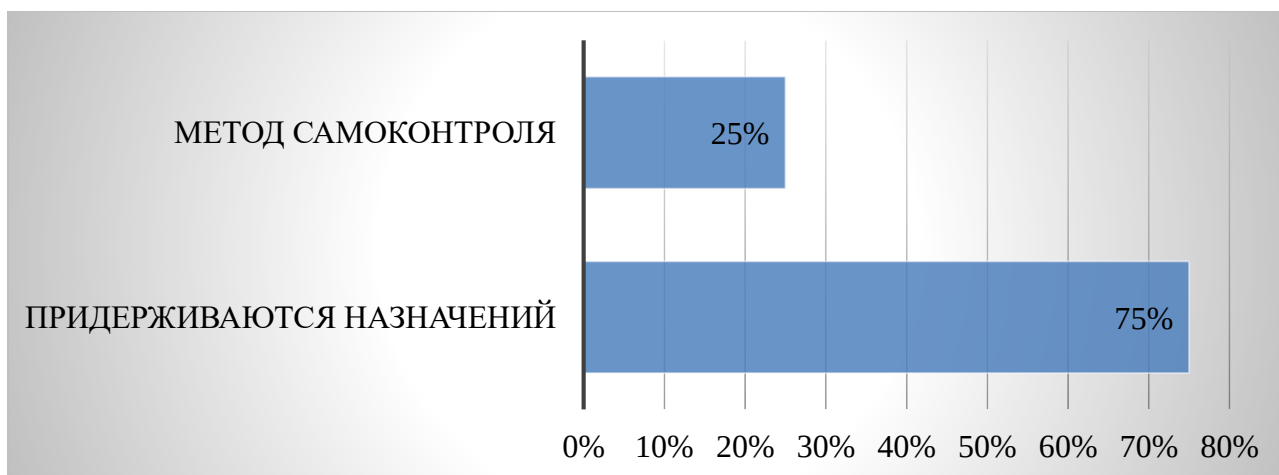


Рисунок 4 – Выполнений назначений врача пациентами

Важным моментом в проведении занятий является отработка практических навыков, которые проводят медицинские сестры: расчет скорости клубочковой фильтрации, правила ведения дневника контроля скорости клубочковой фильтрации, расчет индекса массы тела, ведение дневника питания, водного баланса, измерение артериального давления, ведение дневника контроля АД (артериального давления). Эти данные подходят как для гипертонической болезни, так и при заболевании почек.



Из анкет были получены данные о том, какими практическими навыками по самоконтролю заболевания они владеют.

Из данной диаграммы видно, что 80 % респондентов знают, как измерять артериальное давление. 20 % респондентов не знают. Так же большинство знают нормы артериального давления. Все пациенты знают факторы риска заболевания (Рисунок 5).

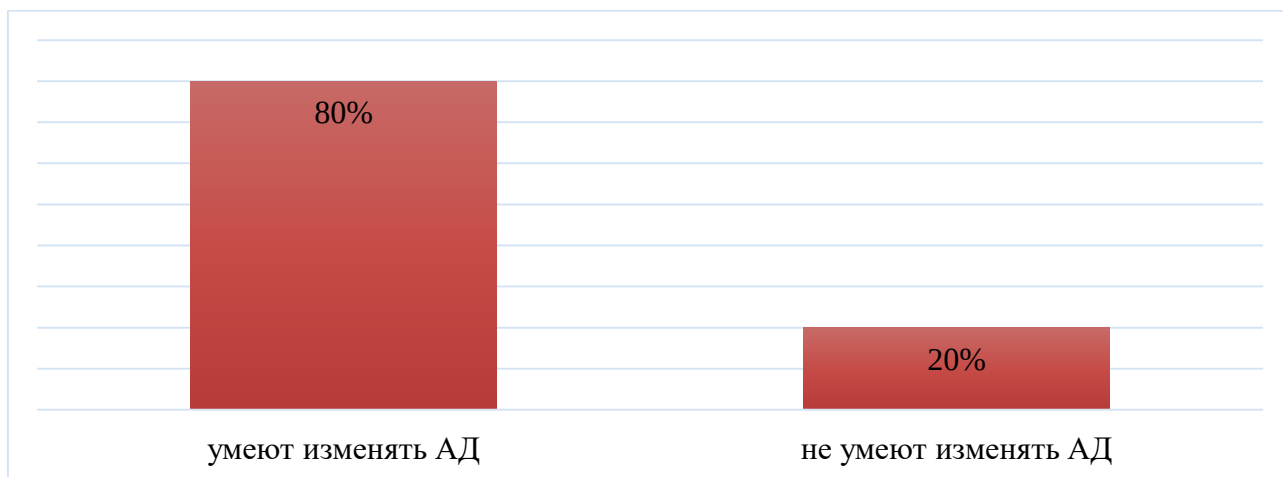


Рисунок 5 – Уровень знаний и умений пациентов

45 % респондентов имеют представления о правилах сбора мочи для общего анализа. Индекс массы тела могут определить 25 % пациентов, остальные пока затрудняются. Что такое водный баланс знают 15 % пациентов. Особенности диеты знают 10 % пациентов. Только 5 % пациентов предполагают, что они самостоятельно смогут определить скорость клубочковой фильтрации, остальные полагают, что смогут это сделать, но при помощи медсестры (Рисунок 6).



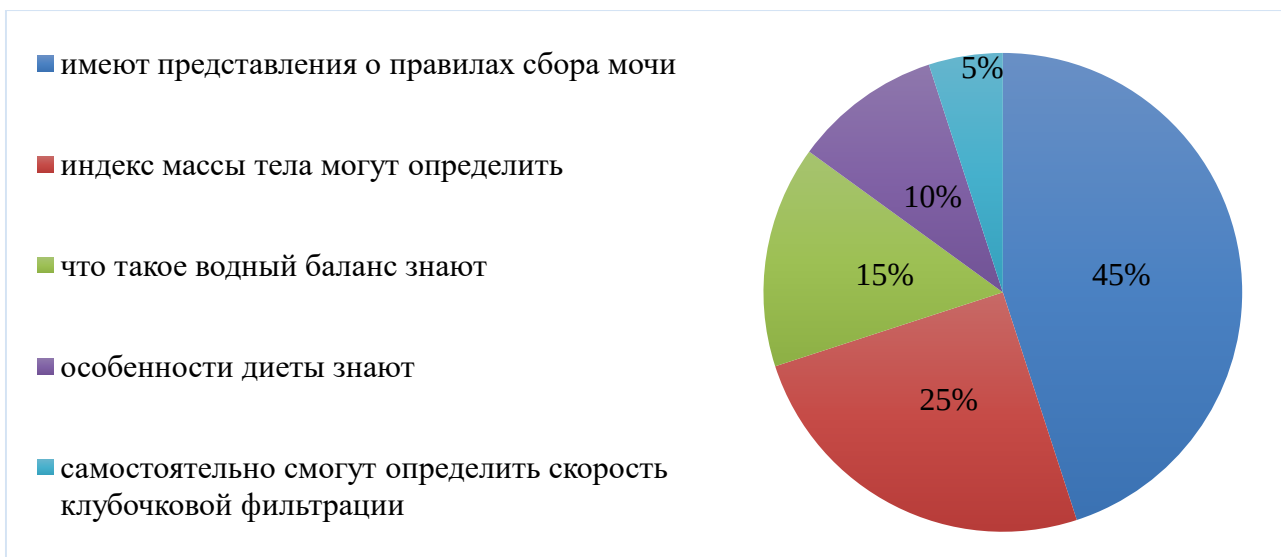


Рисунок 6 – Практические навыки пациентов по самоконтролю

Поставленные перед пациентами вопросы анкетирования, не носили специфического характера для какого-либо конкретного заболевания отделения, тем не менее, из вышесказанного следует, что пациенты владеют знаниями и умениями в области элементарных вопросов: правильного сбора мочи для анализов, контроля артериального давления, контроля скорости клубочковой фильтрации, интерпретации полученных данных, а значит, смогут проанализировать полученные результаты и обратиться за помощью к специалисту.

На вопрос надо ли посещать Школу здоровья? 65 % респондентов считают, что школа поможет им чувствовать себя лучше, 25 % респондентов считают, что школу здоровья посещать нужно, но ссылаются на дефицит времени и только 10% респондентов вообще не знали о существовании таковой (Рисунок 7).

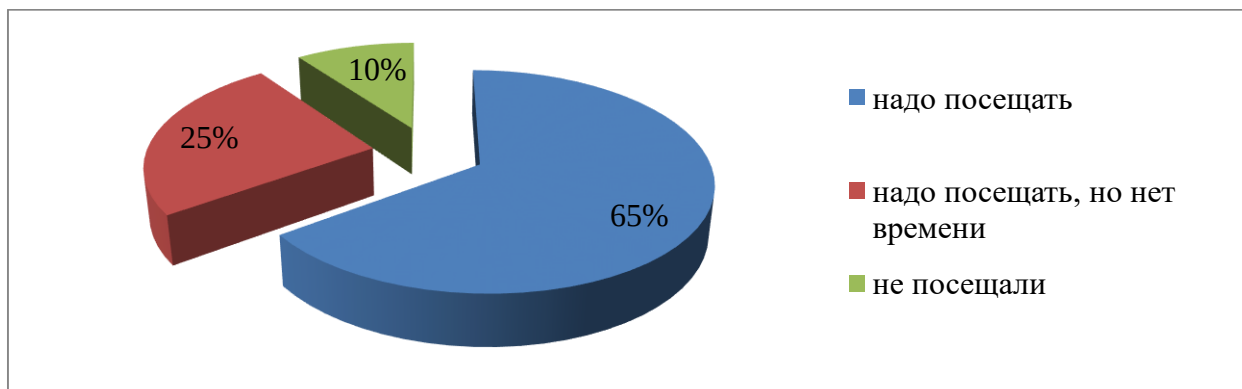


Рисунок 7 – Необходимость посещения Школы здоровья

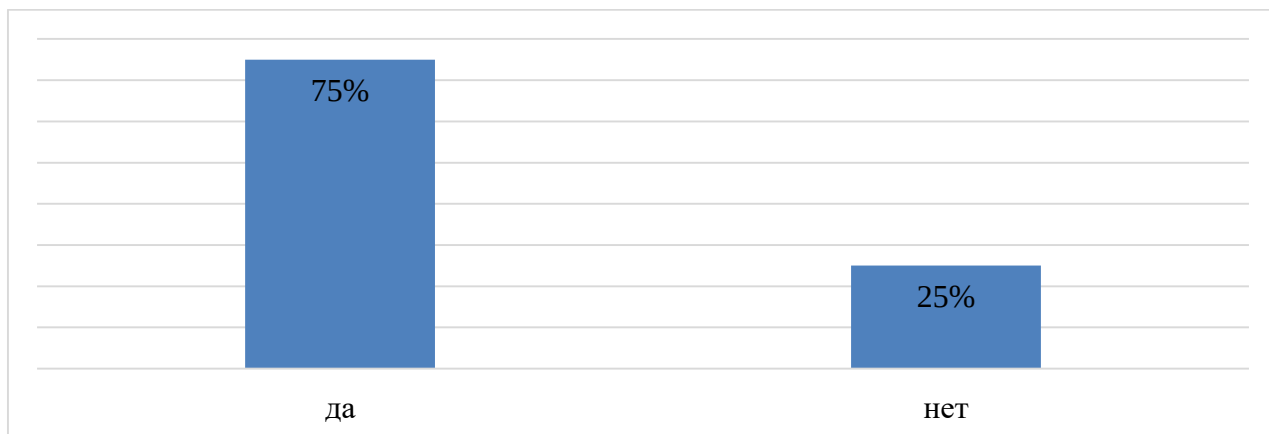


Рисунок 8 – Оценка качества информации, полученной во время занятий

Считаете ли Вы информацию, полученную во время проведения Школы здоровья, понятной и доступной? 75 % респондентов ответили да, 25 % – нет (Рисунок 8).

Таким образом, анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что структура занятия представлена информационным блоком. Информационный блок представляется в виде небольшой лекции, в рамках которой специалист представляет в популярной манере информацию по теме занятия.

К.Исаева

Руководитель: преподаватель М.В Клиша

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Исследовательская работа проводилась на базе ГБУЗ СК «Городской клинической консультативно–диагностической поликлиники» города Ставрополя.

На первом этапе использовался метод анкетирования, целью которого является изучение проблем пациентов аллергологического кабинета (Приложение А). На втором этапе была проведена обработка результатов, с последующими выводами (Приложение Б).



В анкетировании приняли участие 30 человек. Возраст исследуемых составил от 25 до 55 лет, лица женского пола преобладали над мужским полом (70 % и 30 % соответственно) (Рисунок 1).

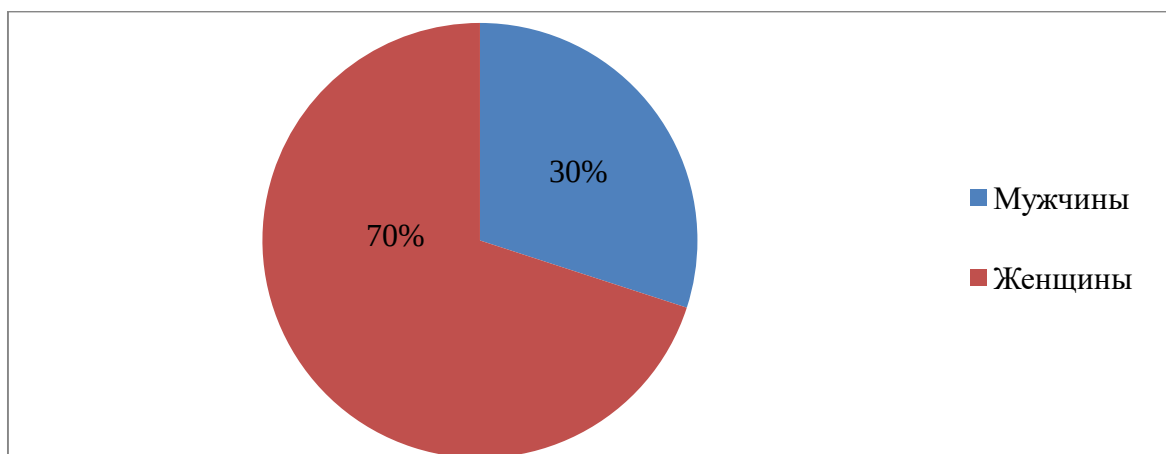


Рисунок 1 – Возрастно–половой состав респондентов

На вопрос о том, имеете ли вы представление о своем заболевании, абсолютно все респонденты ответили положительно (Рисунок 2).

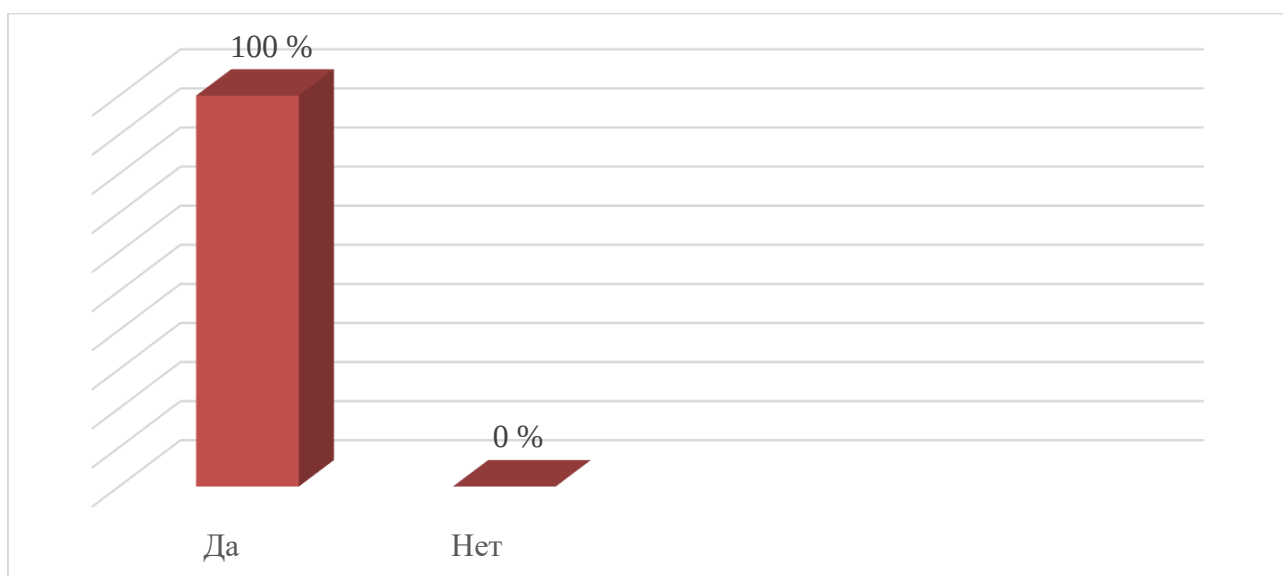


Рисунок 2 – Анализ информированности пациентов о своем заболевании

В следующей обработке данных было выявлено наиболее встречаемые типы аллергенов, 40 % – приходится на растительные, 20 % была выявлена пищевая аллергия, 25 % приходится на бытовые аллергены и 15 % – лекарственная аллергия (Рисунок 3).



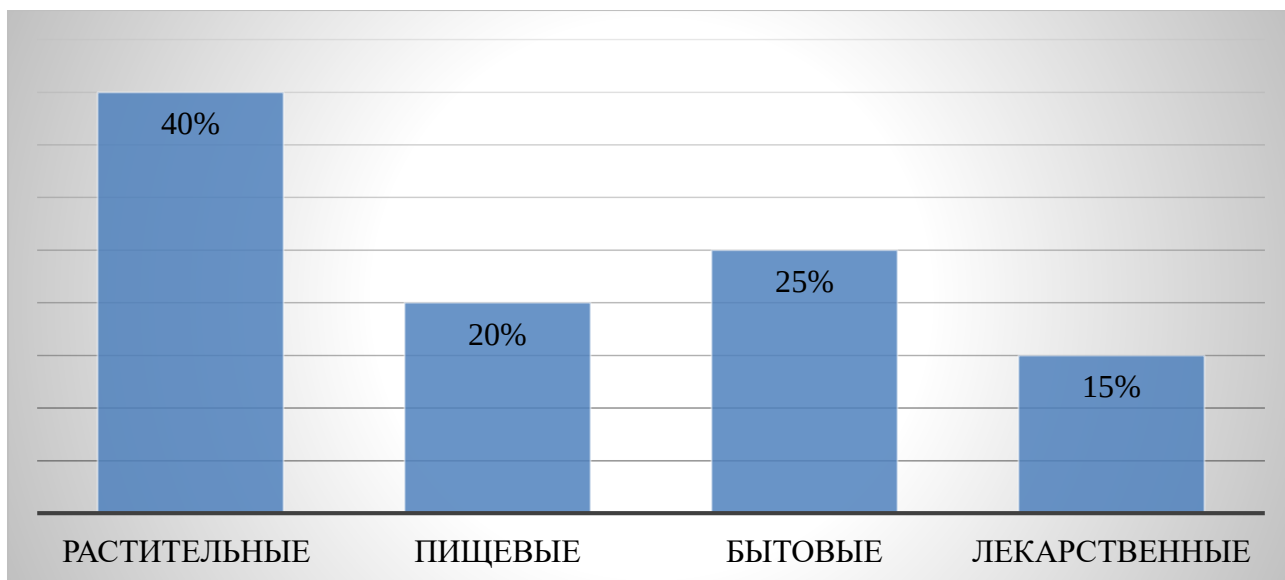


Рисунок 3 – Типы аллергенов, выявленных у пациентов

На вопрос, когда у Вас бывают обострения аллергических заболеваний? 75 % респондентов ответили весной, 25 % осенью (Рисунок 4).

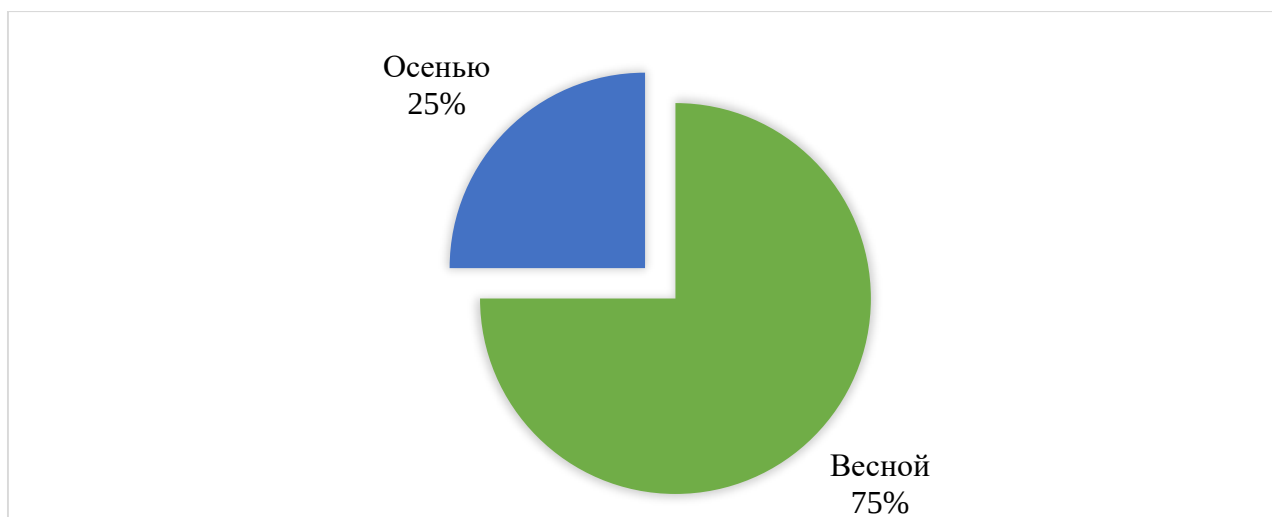


Рисунок 4 – Обострение аллергических заболеваний

У большинства респондентов имелись жалобы, которые беспокоили их до посещения к врачу, такие как головная боль (35 %), нарушение питания (30 %), а также кашель (20 %) и кожная сыпь (15 %) (Рисунок 5).



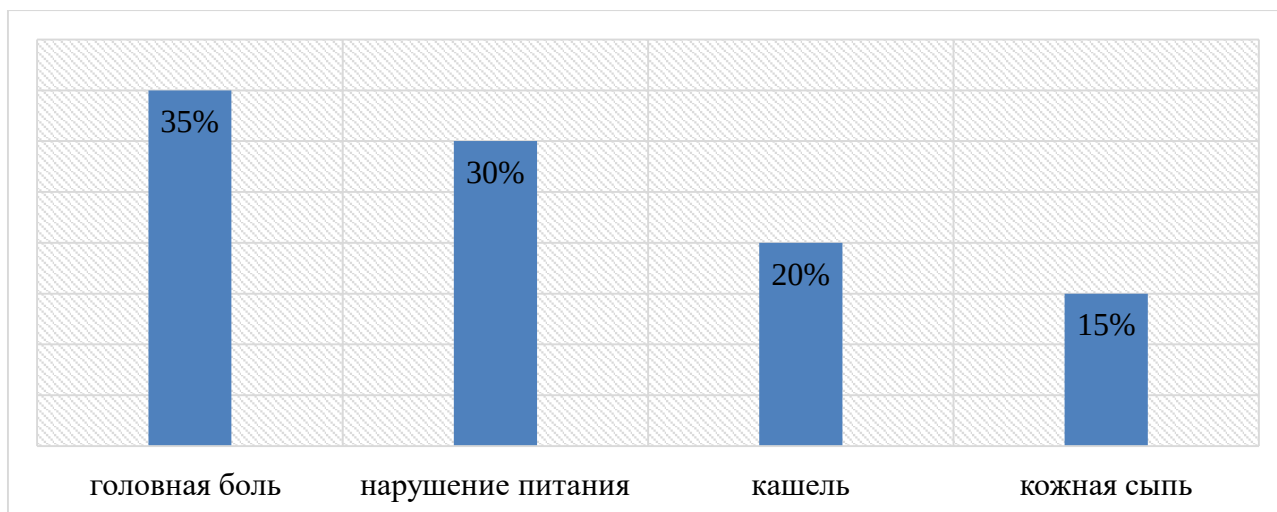


Рисунок 5 – Анализ проблем пациентов до прихода к врачу

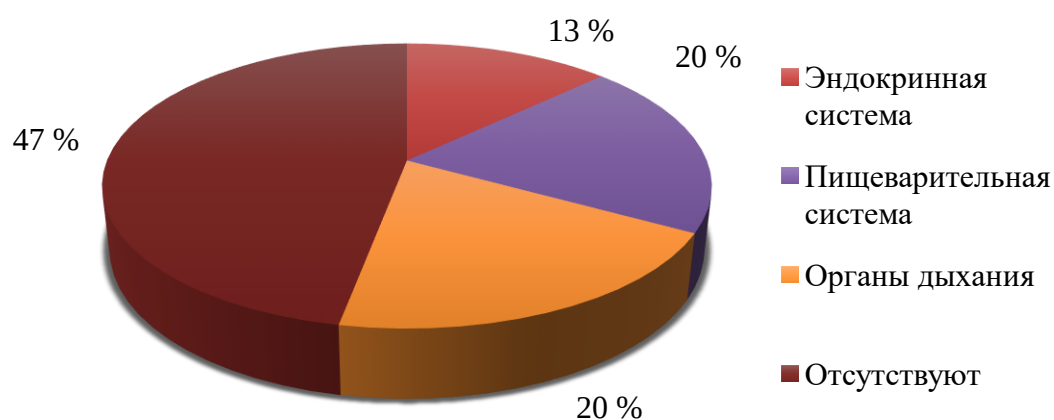


Рисунок 6 – Анализ сопутствующих заболеваний

Установлено, что 20 % респондентов имеют заболевания пищеварительной системы, заболевания эндокринной системы – 13 %, у 20 % респондентов имеются заболевания органов дыхания, и 47 % пациентов отмечают отсутствие сопутствующих заболеваний (Рисунок 6).

На следующий вопрос, какие из нижеперечисленных аллергических осложнений встречались у Вас? 55 % респондентов ответили крапивница, 35 % анафилактический шок, 10 % отек Квинке (Рисунок 7).



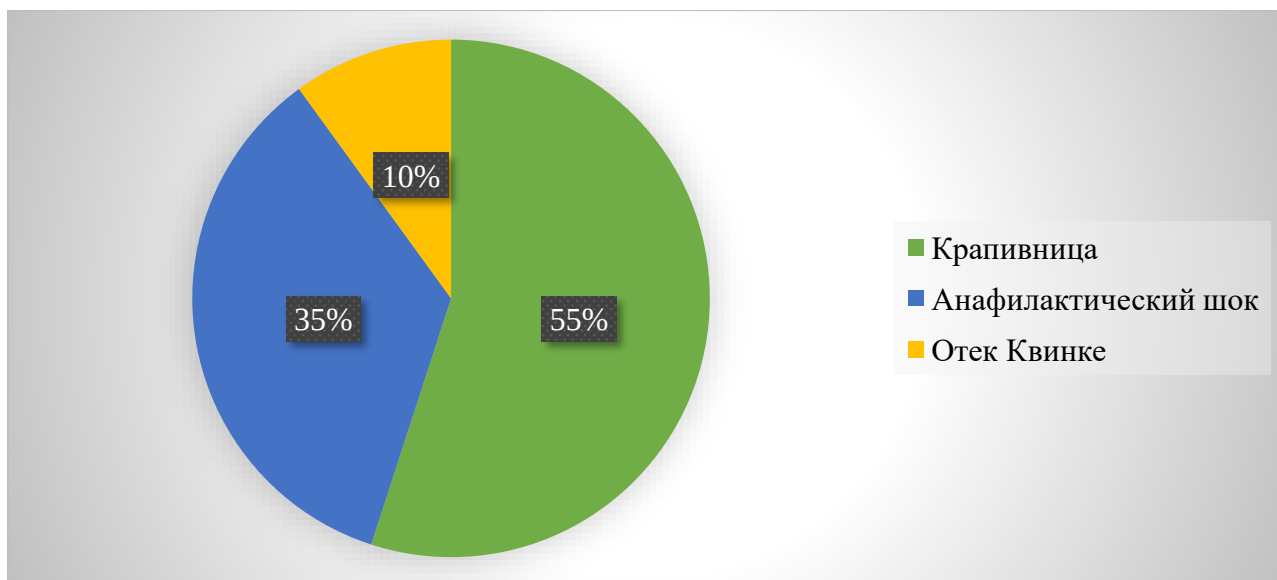


Рисунок 7 – Выявления аллергических осложнений

Н.Калашник

Руководитель: преподаватель М.В. Клиша

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер» кардиологическое отделение №2, города Ставрополя, в 2 этапа.

На первом этапе использовался метод анкетирования, целью которого является изучение проблем пациентов кардиологического отделения (Приложение А). На втором этапе была проведена обработка результатов, с последующими выводами (Приложение Б).

В анкетировании приняли участие 30 человек. Возраст исследуемых составил от 40 до 65 лет, лица мужского пола преобладали над женским полом (80 % и 20 % соответственно) (Рисунок 1).



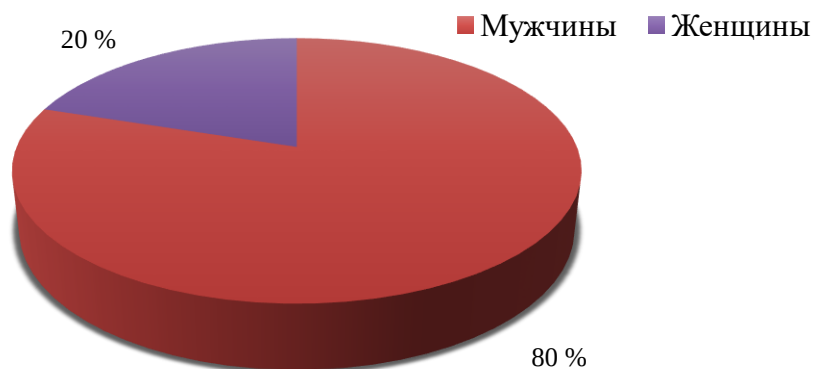


Рисунок 1 – Возрастно–половой состав респондентов

Наиболее частые причины повышения АД: стрессовые ситуации – 45 % изменение погоды – 30 %, физические нагрузки – 20 %, без видимой причины 5% (Рисунок 2).

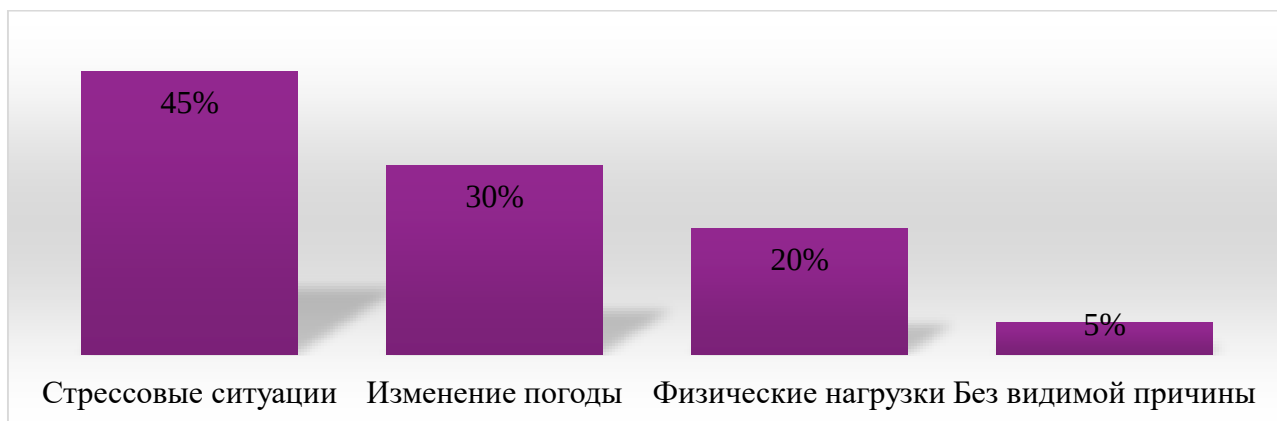


Рисунок 2 – Причины повышения АД

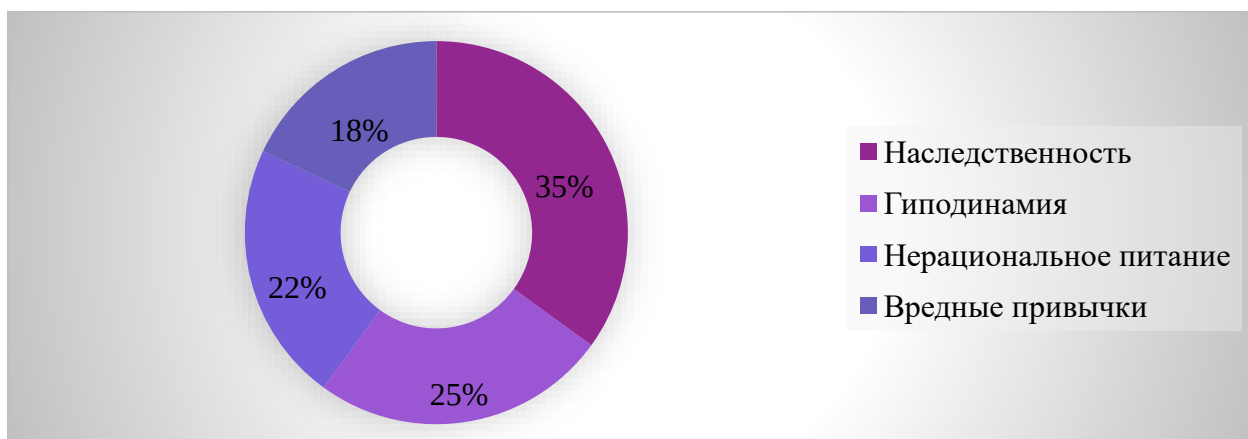


Рисунок 3– Факторы риска развития ГБ по результатам исследования



У 35 % пациентов присутствует наследственный фактор развития ГБ, гиподинамия – 25 %, используют нерациональное питание – 22 % и наличие вредных привычек встречается только у 18 % (Рисунок 3).

На вопрос о том, имеются ли у вас нарушения сна, большинство респондентов (60 %) ответили, что не имеют, 40 % пациентов отметили наличие бессонницы (Рисунок 4).

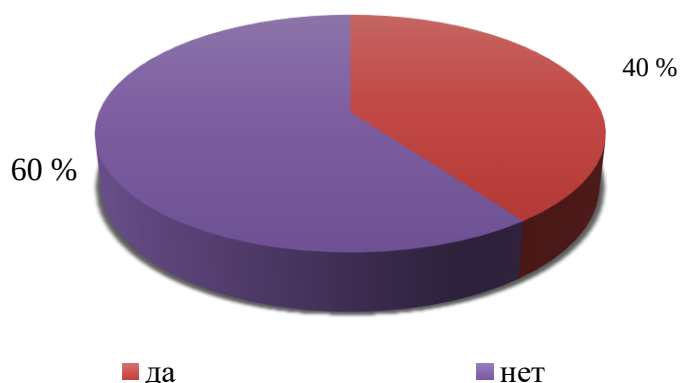


Рисунок 4 – Процентное соотношение респондентов, имеющих нарушения сна

На вопрос о том, имеются ли у вас симптомы, которые беспокоят вас в данный момент большинство респондентов ответили, повышения АД 30 %, головокружение отметили 25 % пациентов, боль в области сердца – 20 %, 15 % респондентов отмечают одышку, учащенное сердцебиение – 10 %. (Рисунок 5).

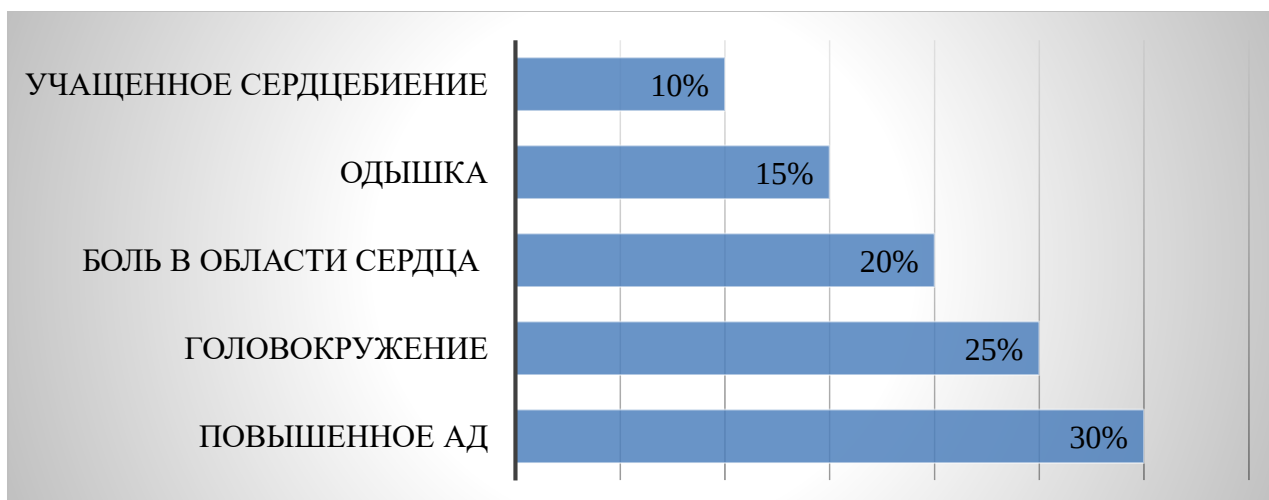


Рисунок 5 – Анализ основных симптомов пациентов во время нахождения в кардиологическом отделении



На вопрос о том, имелись ли у Вас в анамнезе отеки, большинство респондентов 65 %, ответили, что имеют отеки нижних конечностей, 35 % не имеют (Рисунок 6).



Рисунок 6 – Процентное соотношение наличия отеков в анамнезе у респондентов

Установлено, что 45 % респондентов имеют заболевания эндокринной системы, заболевания пищеварительной системы – 25 %, у 20 % респондентов имеются заболевания органов дыхания, и 10 % пациентов отмечают отсутствие сопутствующих заболеваний (Рисунок 7).

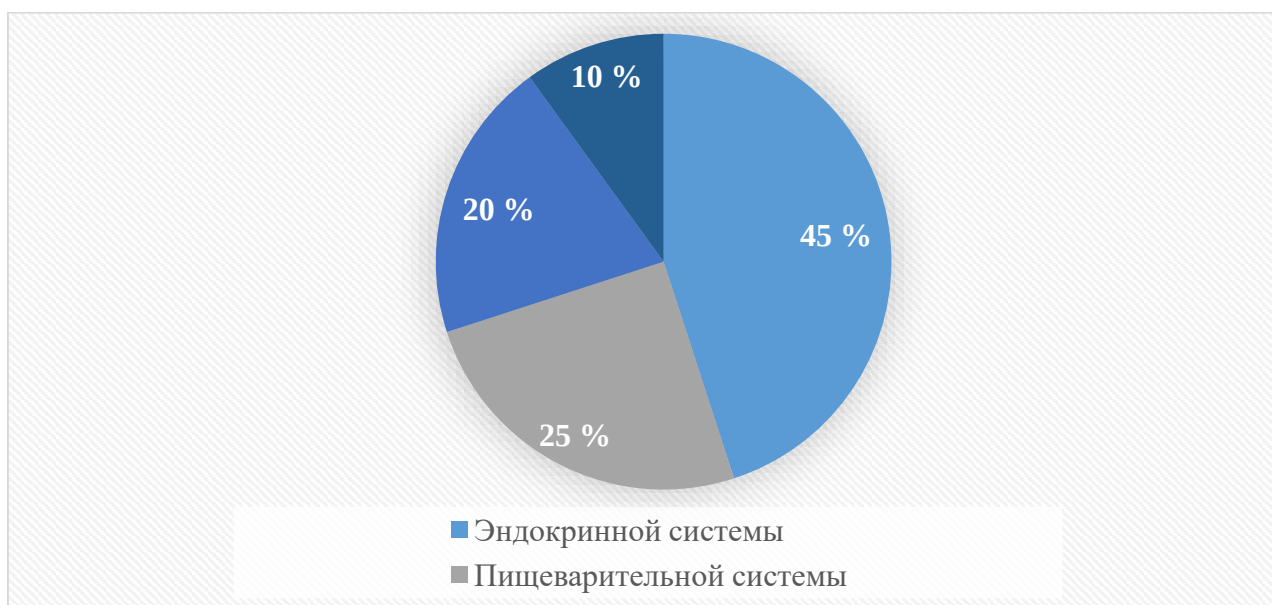


Рисунок 7 – Анализ сопутствующих заболеваний

Измерять давление необходимо регулярно, особенно людям, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями. Поэтому далее были заданы вопросы о наличии у них аппаратов для измерения АД, а также



регулярности выполнения этой процедуры. Среди опрошенных пациентов только у 6-ти человек не оказалась аппарата для измерения давления, а у 24 человек имеется аппарат. Итак, измеряют АД: 1 раз в день – 7 человек (23%), 2 раза в день – 10 человек (33%), по ухудшению самочувствия – 13 человек (44%) (Рисунок 8).

Следовательно, давление опрашиваемые измеряют не регулярно, а большинство – лишь при ухудшении самочувствия, что, конечно, не допустимо для пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Так как повышенное артериальное давление является одним из факторов риска в возникновении таких острых состояний, как инфаркт миокарда и инсульт, которые могут стать причиной преждевременной и внезапной смерти.

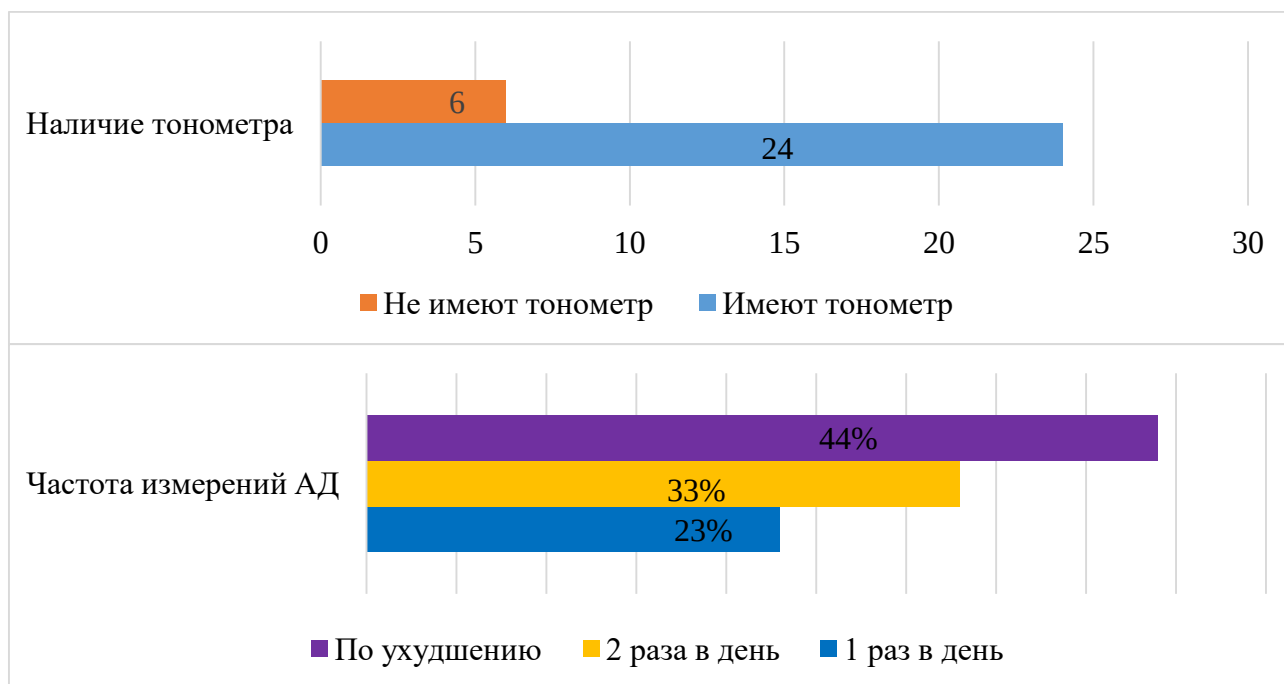


Рисунок 8 – Анализ состояния контроля артериального давления

А.Кулинцова

Руководитель: преподаватель М.В. Клиша

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Исследовательская работа проводилась на базе ГБУЗ СК «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи» г. Ставрополя в



пульмонологическом отделении. Использовался метод исследования анкетирование, целью которого является выявление информированности пациентов о заболевании, приверженность лечению. (Приложение А).

В анкетировании приняли участие 30 человек. Возраст исследуемых составил от 30 до 65 лет.

На основании данных о возрастно-половом составе респондентов можно сделать вывод, что из них (80 %) составили женщины и (20 %) мужчины (Рисунок 1).

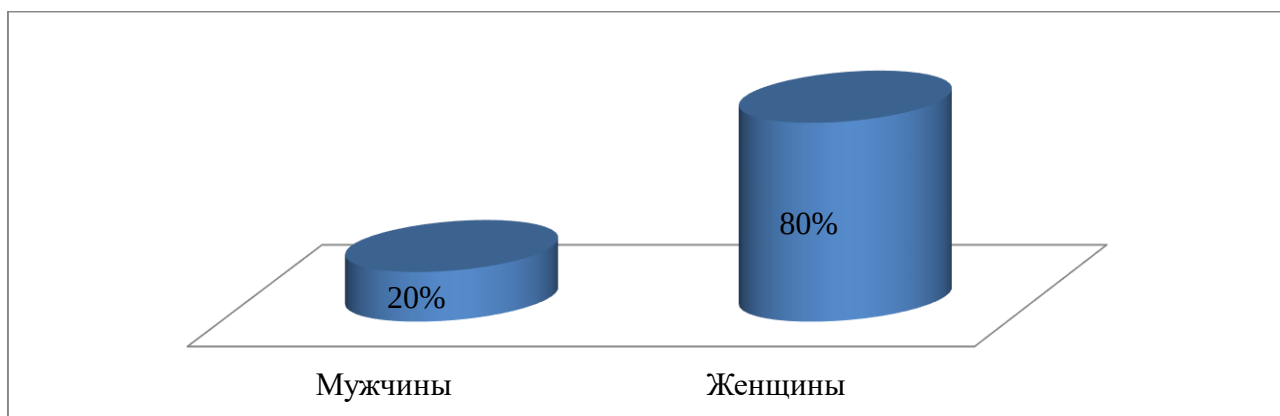


Рисунок 1 – Возрастно-половой состав респондентов

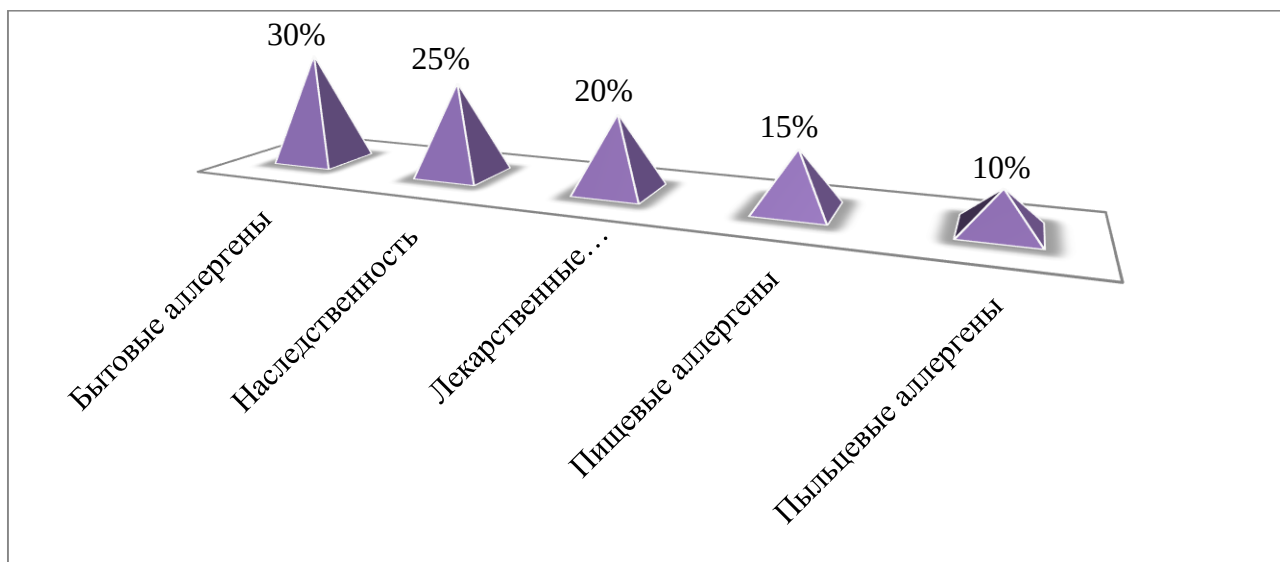


Рисунок 2 – Факторы риска развития бронхиальной астмы

Из опроса было выявлено, что часто встречающийся фактор риска развития бронхиальной астмы являются бытовые аллергены, что составляет – 30 %, затем наследственность – 25 %, на лекарственные аллергены



приходиться 20 %, пищевые аллергены встречаются у 15 %, и всего лишь 10 % – пылевые аллергены (Рисунок 2).

На следующий вопрос «Умеете ли вы пользоваться ингалятором?», большая часть респондентов ответили, что используют его часто, что составило 75 %, и всего лишь по ухудшению состояния 25 % (Рисунок 3).

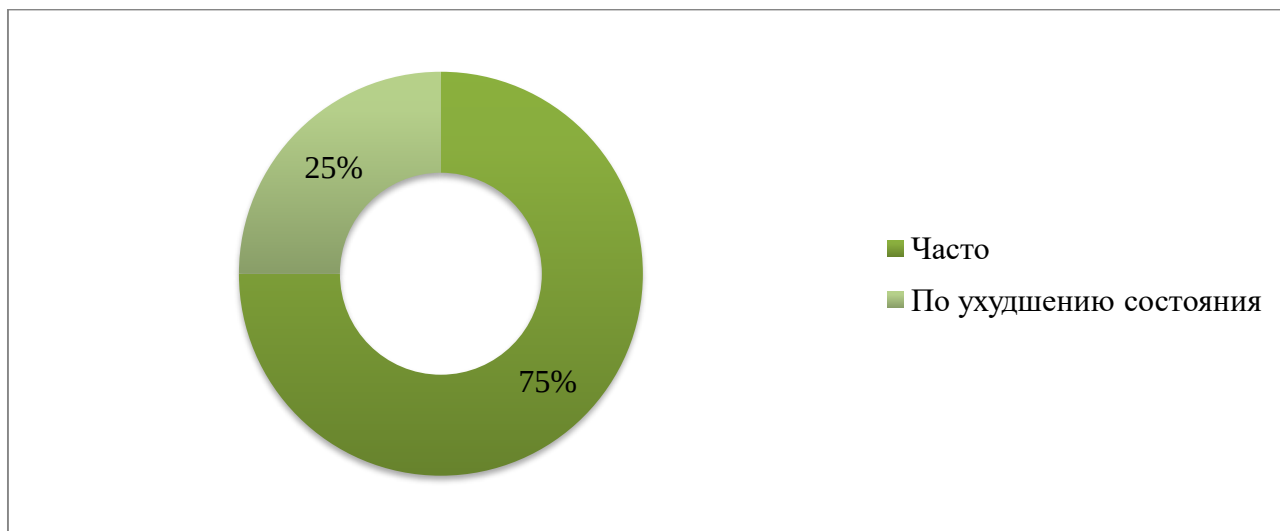


Рисунок 3 – Пользование ингалятора

Умеют пользоваться пикфлоуметром большая часть, составила 65 %, и не умеют пользоваться – 35 %. Это говорит о том, что пациенты обучены правилам пользования пикфлоуметром (Рисунок 4).

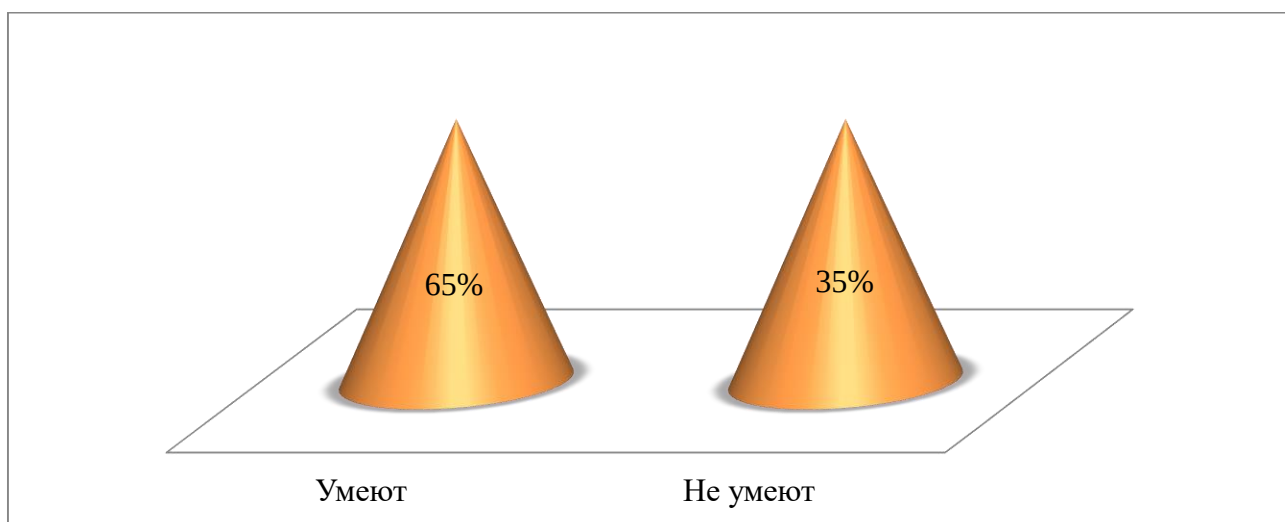


Рисунок 4 – Умение пользование пикфлоуметром



«Посещаете ли вы школу здоровья при бронхиальной астме?» респонденты ответили, что посещают – 60 %, и не посещают – 40% (Рисунок 5).

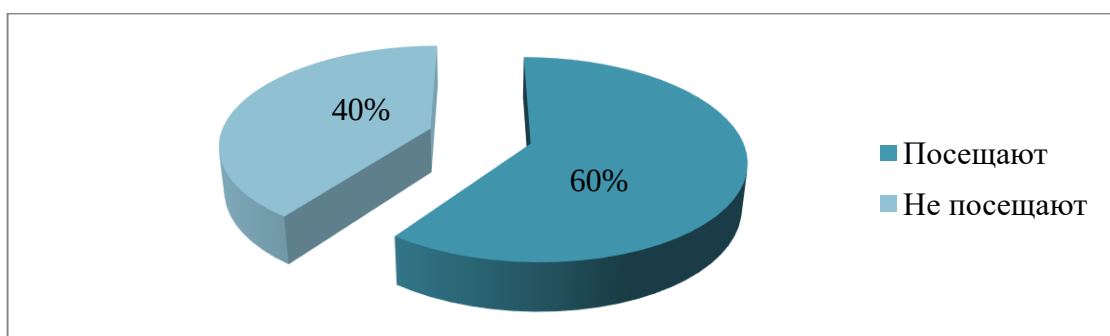


Рисунок 5 – Посещение школ здоровья пациентов при бронхиальной астме

Осведомлённые о заболевании респонденты получили информацию примерно 30 % – из индивидуальных бесед, 20 % из буклетов и памяток, 15 % из телепередач, 10 % – из интернета, 8 % – из радиопередач, 7 % – из медицинских книг, 5 % – из журналов, 5 % – из лекций (Рисунок 6). Из рисунка видно, что большинство респондентов почерпнули информацию из индивидуальных бесед медицинских работников с пациентами, а также из буклетов и памяток.

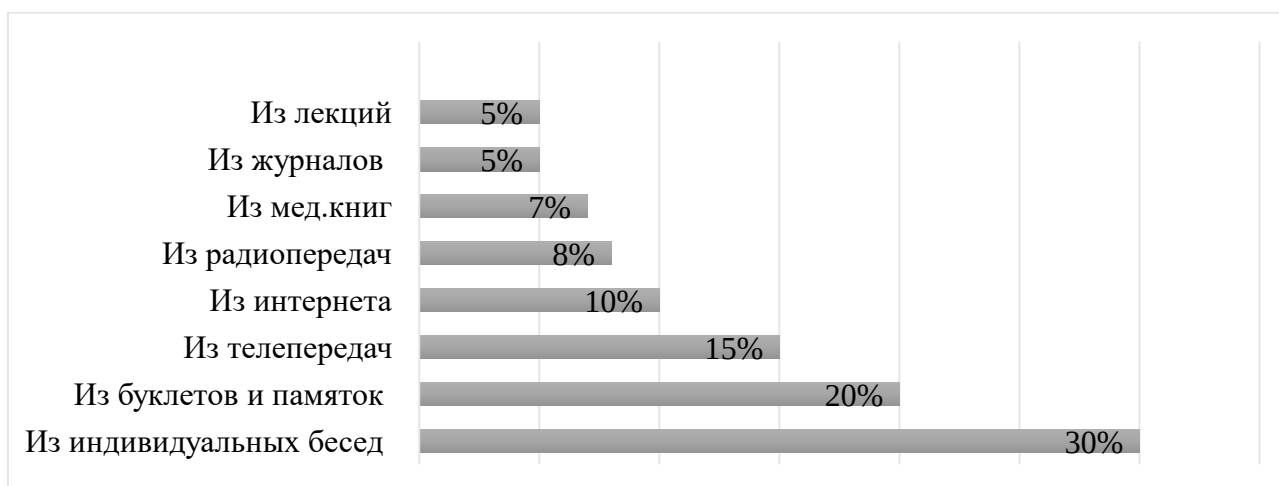


Рисунок 6 – Источники информации полученных респондентами



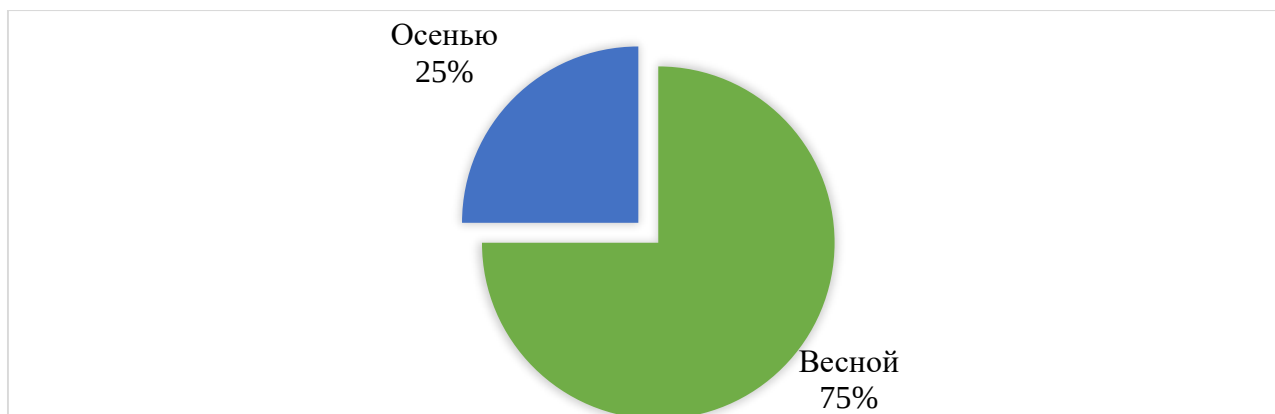


Рисунок 7 – Обострение бронхиальной астмы. Клинический случай

«В какой период года у Вас бывает часто обострения?», респонденты ответили, весной, что составило – 75 %, и 25 % осенью (Рисунок 7).

Медицинскую сестру ночью вызвали в палату к пациентке, находящейся на лечении по поводу бронхиальной астмы.

Пациентку беспокоит чувство нехватки воздуха, удушье, непродуктивный кашель.

Объективно: состояние тяжелое, пациентка сидит на кровати, наклонившись вперед и опираясь на руки. Выражение лица страдальческое, кожные покровы бледные. Дыхание затруднено на выдохе («выдавливает» из себя воздух), сухие свистящие хрипы слышны на расстоянии. ЧДД 26 в минуту, пульс 90 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст.

Нарушено удовлетворение потребностей: дышать, есть, пить, двигаться, спать, работать.

Настоящие проблемы: жалобы на чувство нехватки воздуха, удушье, непродуктивный кашель.

Приоритетная проблема: у пациентки развился приступ удушья.

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить неотложное состояние:

1. чувство нехватки воздуха с затрудненным выдохом;
2. непродуктивный кашель;
3. положение пациентки с наклоном вперед и упором на руки;



План сестринских вмешательств (мотивация):

1. М/с вызовет врача для оказания квалифицированной медицинской помощи.
2. М/с поможет принять пациентке положение с наклоном вперед и упором на руки для улучшения работы вспомогательной дыхательной мускулатуры.
3. М/с применит карманный ингалятор с бронхолитикам (беродуал, беротек) не более 1–2–х доз за час, для снятия спазма бронхов и облегчения дыхания.
4. М/с обеспечит пациенте доступ свежего воздуха, ингаляции кислорода для обогащения воздуха кислородом и улучшения дыхания.
5. М/с обеспечит пациентке горячее щелочное питьё для лучшего отхождения мокроты.
6. М/сестра поставит горчичники на грудную клетку (при отсутствии аллергии) для улучшения лёгочного кровотока.
7. М/с обеспечит введение бронхолитиков парентерально (по назначению врача).
8. М/с обеспечит наблюдение за состоянием пациентки (пульс, АД, ЧДД, цвет кожных покровов).

Ю. Медведева

Руководитель: преподаватель Остролюцкая В.Н.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Неинфекционные заболевания, известные также как хронические болезни, не передаются от человека человеку. Они имеют длительную продолжительность и, как правило, медленно прогрессируют. Четырьмя основными типами хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) являются сердечно-сосудистые болезни, онкологические заболевания,



хронические респираторные болезни и диабет. При этом на долю болезней системы кровообращения приходится около 57 %, а на долю онкологических заболеваний более 14 % всех смертельных исходов. Поэтому в настоящее время ХНИЗ рассматриваются ВОЗ как приоритетная проблема.

Ответом ВОЗ на эпидемию ХНИЗ служит профилактика заболеваний и контроль факторов риска ФР их развития. Развитие службы медицинской профилактики и совершенствование мер борьбы с хроническими инфекционными заболеваниями позволят повысить качество жизни и уровень благополучия людей, сократить преждевременную смертность и предотвратимую заболеваемость.

В настоящее время хорошо изучены факторы риска (ФР), приводящие к возникновению ХНИЗ. Показано, что восемь ФР обуславливают до 75 % смертности от этих видов патологии. К основным ФР ХНИЗ относятся: повышенное артериальное давление, дислипидемия, курение, нерациональное питание, низкий уровень физической активности, повышенный уровень глюкозы в крови, избыточная масса тела и ожирение, пагубное употребление алкоголя. Такие биологические факторы, как экзогенно-конституциональное и абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия, курение являются наиболее значимыми в формировании ХНИЗ.

В нашей стране фундаментальную роль в формировании структур медицинской профилактики и организации профилактики ХНИЗ на уровне ПМСП имеет приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», который включил в основные задачи поликлиники и центра общей врачебной практики (семейной медицины) организацию и проведение мероприятий по пропаганде ЗОЖ, раннее выявление ХНИЗ и ФР их развития, оказание медицинской помощи пациентам по медикаментозной и немедикаментозной коррекции



выявленных ФР, диспансерное наблюдение лиц с высоким риском развития ХНИЗ.

Для выполнения вышеуказанных задач в структуре поликлиники предусматриваются следующие подразделения их штаты и оснащение:

- отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- кабинет медицинской помощи по отказу от курения;
- помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья).

Большое значение придается участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики (семейным), медицинским сестрам, т.к. именно они имеют наиболее частые контакты с населением и в большинстве случаев хорошо информированы о социальном окружении своих пациентов и особенностях прикрепленного для медицинского наблюдения населения или трудовых коллективов.

Задачи медицинской сестры по профилактике ХНИЗ:

- 1) осуществляет выявление и коррекцию основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, направляет при наличии медицинских показаний к врачу-специалисту, оказывающему первичную врачебную медико-санитарную помощь, в отделение (кабинет) медицинской профилактики, центр здоровья,
- 2) проводит индивидуальное углубленное профилактическое консультирование лиц с высоким и очень высоким риском развития осложнений с целью коррекции факторов риска:
 - а) о значении соблюдения режима труда и отдыха, пищевого режима;
 - б) о влиянии курения и приема алкоголя на развитие заболеваний;
 - в) о режиме дня: активный образ жизни, ежедневные прогулки на свежем воздухе;
 - г) о рациональном и сбалансированном питании (употребление в пищу продуктов с пониженным содержанием соли);
 - д) о снижении массы тела;



- е) о своевременном лечении заболеваний, на фоне которых повышается артериальное давление;
- ж) об исключении интенсивных психоэмоциональных нагрузок (стрессов, конфликтных ситуаций дома и на работе);
- 3) организует и проводит диспансерное наблюдение пациентов,
- 4) осуществляет разработку и реализацию мероприятий по информированию и мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни, включая мероприятия по профилактике пагубного потребления алкоголя и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- 5) объясняет пациенту:
 - о негативном влиянии выявленных у пациента ФР на его здоровье и необходимость снижения риска и поддержания ЗОЖ,
 - о необходимости повышения ответственности за здоровье, регулярного контроля ФР, особенно поведенческих,
 - об основных принципах самоконтроля АД в домашних условиях (особенно важно при повышении АД);
- 6) обсуждает с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план оздоровления, график повторных визитов и контроля ФР;
- 7) необходимо уточнить, насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Желательно предоставить пациенту письменные рекомендации (памятки, листовки и пр.). Повторять рекомендации и акцентировать внимание пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения; необходимо научить пациента конкретным умениям по самоконтролю, самопомощи доврачебной (при риске развития острых, жизнеугрожающих состояний), оздоровлению поведенческих привычек, дать конкретные советы и рекомендации.

Выводы



1. Повсеместная распространенность и бремя хронических неинфекционных заболеваний являются глобальной проблемой, для решения которой привлекаются лучшие специалисты в области эпидемиологии, организации и практического здравоохранения во всем мире.
2. Наиболее значимыми факторами риска неинфекционных заболеваний являются: чрезмерные эмоциональные нагрузки, физическая инертность на рабочем месте, недостаточное употребление фруктов и овощей (нерациональное питание), наследственность, возраст.
3. Важнейшей частью профилактической работы медицинской сестры является санитарно-просветительская и разъяснительная работа среди пациентов. Медицинские сестры должны помогать пациенту понять и принять ответственность за собственное здоровье, вести пропаганду медицинских знаний о путях и методах сохранения здоровья и предупреждении заболеваний.
2. В структуре факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у всех обследованных ведущее значение принадлежит факторам, связанным с образом жизни человека: нерациональному питанию, низкой физической активности, избыточной массе тела и ожирению, никотиновой зависимости.

А.Рамазанова

Руководитель: преподаватель Панарина Е.В.

РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ АБОРТОВ

Медицинский аборт составляет 4-4,8% в структуре материнской смертности. От его последствий в мире ежегодно умирает 200 тысяч женщин. Аборт часто приводит к ранним послеабортным осложнениям (кровотечение, эндометрит), хроническим воспалительным заболеваниям женских половых органов, внематочной беременности, осложненному течению последующей беременности, родов, послеродового периода и таким серьезным последствиям, как бесплодие, невынашивание беременности.



Искусственное прерывание беременности распространено в наши дни более чем когда-либо в предыдущей истории. Ежедневно в мире совершается около 100 млн. половых актов, в 910000 случаев происходит зачатие, в 10% этих случаев беременность заканчивается искусственным абортом.

Проблема абортов в современных социально-демографических условиях в Российской Федерации занимает особое место. Распространенность и динамика абортов, уровень материнской смертности после абортов - показатели, по которым оценивается эффективность государственных мер по охране репродуктивного здоровья и здоровья населения в целом.

Начиная с 2000 года, в России остается низким суммарный коэффициент рождаемости, сохраняются высокие уровни смертности и депопуляции населения. При сложившейся демографической ситуации аборты и материнская смертность после абортов, несмотря на устойчивые тенденции к снижению, занимают ведущее место в структуре реализации репродуктивной функции женщины и структуре репродуктивных потерь.

Важным вкладом в развитие устойчивых положительных тенденций по снижению абортов явилось развитие службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья в стране. Ключевую роль при этом выполняют около 500 центров планирования семьи и репродукции, являющихся методическими и практическими центрами в территориях по профилактике абортов.

Цель исследовательской работы:

Определить роль акушерки в профилактике абортов и разработать рекомендации по охране репродуктивного здоровья.

В результате анализа, полученного на основе собранного анкетного материала 45 женщин, имеющих в анамнезе аборты, были выявлены основные причины возникновения нежеланной беременности.

Наиболее высокий уровень абортов в возрастной группе фертильного возраста 25-29 лет составил 37% (13).



Среди прервавших беременность 50% замужних женщин, что объясняется регулярностью половой жизни.

Из вредных привычек отмечается табакокурение 58% (26), причем женщины, старше 30 лет в этой группе составили 19% (8).

У наблюдаемых женщин в анамнезе имелись ЭГЗ: ССЗ - 9% (4), варикозное расширение вен нижних конечностей у 5% (3). Имеющиеся ЭГЗ являются противопоказаниями для приема гормональной контрацепции.

У 71% (32) опрошенных женщин – роды в анамнезе.

По срокам беременности более высокий процент абортс приходится на 7-8 недель 66% (23).

В результате изучения анамнеза было выяснено, что повторнобеременные чаще прерывают беременность (80%).

Среди мотиваций прерывания беременности ведущими оказались социальные причины: это материальные затруднения – у 46% (16), одиночество – у 29% (10), удовлетворенность уже имеющимся числом детей в семье – у 25% (9).

По данным нашего исследования, использовали контрацептивные средства 49% женщин. С целью контрацепции ими были использованы: КОК 41% (9), ВМС 32% (7), спермициды 9% (2), барьерные контрацептивы 18% (4).

О методах предохранения от беременности знают 52% женщин, прервавших беременность, не знают – 14%, затруднились ответить – 34%.

У 11% (4) женщин, пользовавшихся барьерными контрацептивами и у 5% (3) на фоне нерегулярного приема таблеток наступила нежелательная беременность. Всем семи женщинам был сделан медицинский аборт.

После аборта женщинам было рекомендовано принимать Регулон в течение 6 месяцев в контрацептивном режиме.

В ходе анализа все изучаемые факторы были сгруппированы в три группы факторов риска:



- социально-экономические (уровень доходов семьи, проживание в сельской или городской местности, уровень образования, социальное положение, сфера трудовой деятельности, семейное положение, количество детей в семье, количество желанных беременностей, сознательное использование аборта как метода регулирования рождаемости);
- медико-организационные (качество медицинской помощи женщинам при прерывании беременности в вопросах просвещения по планированию семьи);
- медико-биологические (возраст; состояние здоровья; наличие вредных привычек).

Основная причина абортов – нежеланная беременность, наступившая в результате нерегулярной или малоэффективной контрацепции.

Мотивом прерывания беременности является социальная неудовлетворенность (материальные затруднения, одиночество, неудовлетворительные жилищные условия, необеспеченность детскими дошкольными учреждениями, нежелание иметь ребенка и занятость учебной).

Роль акушерки в профилактике абортов заключается в проведении санпросветработы:

- воспитание подростков в условиях возрождения семейных ценностей и нравственных устоев;
- расширение процесса информированности населения по предупреждению нежелательной беременности;
- широкое внедрение эффективных средств и методов контрацепции для профилактики абортов, особенно среди женщин групп риска (подростки, женщины после аборта и родов).

Практические рекомендации

1. Проводить гигиеническое обучение и воспитание учащейся молодежи по охране репродуктивного здоровья с использованием современных методов и средств:



- проводить акции для молодежи по профилактике аборт, по охране репродуктивного здоровья;
 - активно взаимодействовать со СМИ по пропаганде здорового образа жизни и по охране репродуктивного здоровья;
2. Оказывать консультативную помощь по профилактике нежелательной беременности, планированию семьи.
 3. Женщин с нежелательной беременностью консультировать по вопросам контрацепции до ее прерывания с тем, чтобы выбранный метод был использован сразу после аборта, для профилактики воспалительных заболеваний и предотвращения повторных абортов.

Библиографический список

1. Аборт: (медико-социальные и клинические аспекты) / О. Г. Фролова и др... - М , 2017. -160 с.
2. Аборты в России: Региональные особенности: информ. письмо Минздрава РФ.-М., 2017.-12 с
3. Авдеев, А. А. Аборты и рождаемость / А. А. Авдеев // Социологические исследования. - 2019. - № 3. - 54-68.
4. Айламазян, Э. К. Планирование семьи. Методы контрацепции: практич. рук. / Э. К. Айламазян. - СПб., 2017. - 120 с.
5. Аккузина, О. П. Медико-социальные аспекты поздних абортов / О. П. Аккузина // Стратегия реформирования регионального здравоохранения: материалы ежегодной Рос. науч.-прак. конференции, 25-26 мая 2018. - М, 2018. - 178-180.
6. Аккузина, О. П. Роль службы планирования семьи в сохранении репродуктивного здоровья населения в условиях реформирования здравоохранения (на примере Саратовской области): дис. ... канд. мед. наук / О. П. Аккузина. - М., 2018. - 132 с.



ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

Анемии разнообразны по своему происхождению и часто имеют смешанный генез. В большинстве случаев анемия является не самостоятельной нозологической формой, а проявлением основного заболевания.

Железодефицитная анемия (далее – ЖДА) является одним из самых распространенных гематологических заболеваний. Удельный вес ее среди всех анемий достигает 70-80 %. По данным Всемирной организации здравоохранения, железодефицитная анемия выявляется у 1 млрд. 800 млн. жителей планеты. Эксперты ВОЗ, привлекая внимание медицинской общественности разных стран к проблеме железодефицитных анемий, назвали частоту ее распространения «скрытой эпидемией».

Выраженный дефицит железа имеют не менее 4 % женщин репродуктивного возраста, 20-30 % беременных женщин (30-50 % в конце беременности) и 1-2 % мужчин. В пожилом возрасте половые различия постепенно исчезают и даже отмечается преобладание мужчин с дефицитом железа. Скрытый тканевой железодефицит выявляется практически у каждого третьего жителя планеты.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая консультативно-диагностическая поликлиника» г. Ставрополя (далее – поликлиника) в терапевтическом отделении № 1.

В исследовании применялся метод анкетирования, с целью изучения факторов риска, влияющих на возникновение железодефицитной анемии. В анкетировании приняло участие 20 человек в возрасте от 18 лет и до 70 лет. Как показали результаты исследования, лица женского пола значительно



чаще страдают железодефицитной анемией, чем представители мужского пола (65 % и 35 % соответственно).

В результате исследования были выявлены факторы риска, наиболее часто влияющие на возникновение железодефицитной анемии. Определено, что основными факторами риска развития анемии среди респондентов явились: неправильное питание – 9 человек (45%), у 7 человек (35 %) – вегетарианство, хронические заболевания – 3 человека (15 %) и 1 человек (5%) имел другие причины (обильные кровотечения).

При ведении больных с ЖДА важное значение имеет сестринский уход. Сестринский уход – это комплекс мероприятий, осуществляемых медицинской сестрой зависимо и независимо от врача, целью которого является решение проблем пациента. Медицинская сестра должна обеспечить контроль за общим состоянием пациента, за его внешним видом, пульсом, дыханием, и артериальным давлением. Следить за четким и вовремя выполненными врачебными назначениями, своевременным и правильным приемом лекарственных средств. Сестринский уход за пациентами с железодефицитными анемиями рассмотрен на примере клинического случая.

В дневной стационар поликлиники поступила пациентка 30 лет с диагнозом железодефицитная анемия. Предъявляет жалобы на слабость, быструю утомляемость, сердцебиение, отсутствие аппетита, иногда появляется желание есть мел. Менструация с 12 лет, обильная в течение 7 дней. Пациентка раздражительна, пассивна, малоразговорчива.

Объективно: бледность и сухость кожных покровов, волосы тусклые, секутся, ногти ломкие с поперечной исчерченностью, ложкообразной формы. Границы сердца не изменены. Пульс – 92 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Анализ крови: гемоглобин – 75 г/л, $3,9 \times 10^{12}/л$, MCV – 75 фл, лейкоциты – $4,5 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час.

Проблемы пациента:

- слабость,
- утомляемость,



- одышка,
- сердцебиение,
- отсутствие и извращение аппетита.

Потенциальные проблемы: риск нарушения сердечной деятельности, риск тяжелой нетрудоспособности.

Приоритетные проблемы: отсутствие аппетита и извращение вкуса.

Краткосрочная цель: стимуляция аппетита в течении 1 недели.

Долгосрочная цель: восстановление аппетита ко дню выписки.

План сестринского ухода по приоритетным проблемам:

1. Обеспечение диетического питания с повышенным содержанием железа (диета с высоким содержанием железа в продуктах).
2. Разнообразить меню, учитывая вкусы пациентки и назначенную врачом диету. Эстетически оформлять прием пищи.
3. Обеспечение пациентки свежим воздухом, проветривание помещений, прогулки на воздухе.
4. Наблюдение за внешним видом, состоянием пациентки, пульсом, АД, ЧДД.
5. Контроль за деятельностью кишечника, недопущение запоров при приеме лекарственных препаратов.
6. Обеспечение ухода за полостью рта, при приеме препаратов железа.
7. Контроль за выполнением назначений врача (сорбифер дурулес, аскорбиновая кислота).
8. Проведение беседы с пациенткой и ее родственниками о продуктах, содержащих железо, а также о необходимости правильного питания с целью улучшения здоровья.
9. Оказывать пациентке психологическую поддержку.

Оценка эффективности: у пациентки появляется аппетит, пациентка соблюдает назначенную диету, знает правила приема лекарств.

Для профилактики анемии необходимо соблюдать некоторые правила:



1. Сбалансированное правильное питание. Оно предполагает потребление продуктов животного происхождения (мясо, рыбу); продуктов, способствующих усвоению железа в организме (с высоким содержанием аскорбиновой кислоты – свежие фрукты, ягоды, соки), исключение из рациона продуктов, способствующих снижению усвоения железа (чай, кофе, свежая выпечка и др.). Рацион здорового человека должен содержать примерно 20 мг железа.

2. Диета, цель которой, является обеспечение организма всеми питательными веществами, витаминами и микроэлементами, в частности, железом, что необходимо для повышения уровня гемоглобина. Диета при ЖДА является физиологически полноценной, ее калорийность высока, а содержание белков, микроэлементов и витаминов увеличено. Углеводы остаются на стандартном уровне, а содержание жиров несколько снижена. Данная диета повышает защитные силы организма, восстанавливает его функции и улучшает качество жизни пациента.

3. Беременным, при наличии дефицита железа, начать прием препаратов железа во 2 и 3 триместрах беременности. Основное значение – восполнение запасов тканевого железа, для предотвращения их истощения в период беременности, родов и в послеродовом периоде, уменьшая тем самым риск развития ЖДА при повторных беременностях.

4. В связи с тем, что кальций образует с железом нерастворимые соединения и сильно влияет на его абсорбцию, по времени разграничиваются приемы продуктов богатых кальцием (молочная пища и яйца) и железосодержащие.

5. Необходимо ограничить употребление чая и кофе, так как железо вступает в реакцию с веществами этих продуктов. Также нужно ограничить употребление тортов и пирожных с масляными кремами.

6. Аскорбиновая кислота способствует усвоению железа, поэтому железосодержащая диета при анемии должна включать много свежих овощей и фруктов.



7. Всем больным, имеющим в анамнезе ЖДА, не менее 2 раз в год проводить исследование общего анализа крови и определение содержания сывороточного железа.

Роль медицинской сестры важна в профилактике и в уходе за пациентом с железодефицитной анемией. Правильное выполнение манипуляций, а также доброжелательное отношение медицинской сестры к пациенту может помочь ему не только почувствовать улучшения в физиологии, но и психологически пациенту будет намного проще адекватно воспринимать сложившуюся ситуацию и продолжать курс лечения.

А. Тутова

Руководитель: преподаватель Е.Н. Мисетова

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Рак является общим термином для большой группы онкологических болезней, которые могут поражать любую часть тела. Для их обозначения используются и другие термины: злокачественные опухоли и новообразования. В целом рак характеризуется ненормальным и бесконтрольным ростом клеток, прорастающих в здоровые органы и способностью распространяться (то есть метастазировать) по всему организму.

Заболевания системы крови по своей распространенности, тяжести течения и возможным последствиям представляют серьезную проблему для современной медицины. Лейкозы составляют около 3 % злокачественных опухолей человека. Однако по частоте встречаемости среди гемобластозов лейкозы занимают одно из первых мест. В среднем заболеваемость лейкозами составляет примерно 5 случаев на 100 тыс. населения в год.

В России заболеваемость составляет 0,7 на 100 000 взрослого населения. Медиана возраста у взрослых пациентов составляет 50 лет (от 18 до 82), пик заболеваемости приходится на возраст 50-59 лет, однако



значительной является доля молодых пациентов в возрасте до 40 лет – до 33 %. Заболевание может быть выявлено в любом возрасте. При распределении по полу отмечено, что женщины лейкозом заболевают чаще, чем мужчины. Такая стойкая тенденция сохраняется в течение последних лет, доля женщин при этом 51-52 %, мужчин 48-49 %. ОЛЛ преимущественно чаще болеют мужчины, чем женщины (52 % и 48 % случаев, соответственно). У женщин в большинстве случаев диагностируют ОМЛ (54 %).

Больные лейкозами – особая популяция гематологических больных, которая биологически отличается от других: скоротечностью течения заболевания, необходимостью полноценного подтверждения диагноза в максимально сжатые сроки, невозможностью отсрочить начало проведения химиотерапии, высокой коморбидностью пожилых больных старших возрастных групп.

Исследовательская работа проводилась на базе ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер» (далее – онкодиспансер) в отделении гематологии. Целью исследования явилось изучение приоритетных проблем взрослых пациентов при лейкозах и определение сестринских вмешательств при оказании медицинской помощи при лейкозах на примере клинического случая.

Принять участие в исследовании было предложено более 25 пациентам, однако, согласились участвовать 20 пациентов, из них 12 мужчин и 8 женщин. Исследование проводилось методом анкетирования. Свои отказы пациенты объясняли плохим самочувствием или нежеланием участвовать в анкетировании.

В результате исследования были выявлены часто встречающиеся приоритетные проблемы взрослых пациентов с лейкозом. Определено, что основными проблемами взрослых пациентов с лейкозом являются:

1. Диспепсические расстройства. Большинство пациентов испытывают такие диспепсические расстройства, как боль в животе – 20 %,



жжение в эпигастрии – 5 %, тошноту и рвоту – 60 %, нарушение стула – 10 %, другие – 5%

2. Повышение температуры тела наблюдалось у 20 % респондентов.

3. Кровоизлияния на коже и слизистых с некротическими изменениями являются частым проявлением лейкоза у взрослых пациентов. 80 % пациентов отметили наличие геморрагических изменений.

4. Боль в костях и суставах. При исследовании было выявлено, что 40 % пациентов беспокоит боль в костях и суставах, 50 % пациентов такую проблему испытывают только после химиотерапии, а 10 % боль не испытывали.

5. Лимфоаденопатия. У 40 % пациентов наблюдалось увеличение шейных, надключичных, подмышечных и паховых лимфатических узлов.

6. Установлено, что 70 % респондентов редко беспокоит боль в горле, но 5 % испытывают каждый день, а также при осмотре ротовой полости наблюдали мелкие язвочки с белым налетом на щеках и мягком небе, что свидетельствует о наличии стоматита. 25 % пациентов с лейкозом никогда не встречались с данной проблемой.

Пациентам с лейкозом был задан вопрос «Какие, по вашему мнению, причины вызвали у Вас заболевание?» Большинство из них (50 %) отметили, что накануне начала заболевания испытали сильный стресс, после которого появились первые симптомы (повышение температуры до 40°C, кровоизлияния на коже и слизистых, сильная слабость, увеличение лимфатических узлов). 10 % считают, что причиной лейкоза явилось радиационное облучение, которое получили на производстве, другие 10 % думают, что причиной послужила неблагоприятная наследственность, 5 % уверены, что курение табака и прием алкоголя стали причиной лейкоза, еще 10 % связывают это с длительным приемом лекарственных препаратов по поводу иных хронических заболеваний. Остальные 15 % затрудняются назвать причину заболевания.



Для улучшения качества лечения большое значение имеет правильная сестринская деятельность – комплекс мер по уходу и лечению, принимаемый медицинским персоналом для облегчения состояния больного. Уход – это совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннюю помощь больному, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, быстрейшему выздоровлению, облегчению страданий и предотвращению осложнений, выполнению врачебных назначений. Особенности сестринского ухода за пациентами с лейкозом рассмотрены на примере клинического случая.

Пациент К., 55 лет, с жалобами на выраженную слабость, снижение аппетита и массы тела, головокружение, высокую температуру тела (38-40°C), потливость, озноб, чувствует боль в горле из-за явлений стоматита, носовые кровотечения, дома терял сознание 2 раза, такое состояние продолжалось в течение недели. Обратился в поликлинику к участковому врачу, где был поставлен диагноз «ОРВИ» и назначена терапия, которая результата не давала. В связи с этим пациента направили в онкодиспансер к гематологу и был выставлен окончательный диагноз «Острый лейкоз».

Из анамнеза известно, что на протяжении 2 лет испытывает сильный стресс из-за смерти близкого человека. Хронических заболеваний не имеет. Находится в браке, 2 детей. Имеет среднее образование, всю жизнь работал на заводе.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5°C (после приема парацетамола). Кожные покровы бледные, обычной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Сердце: тоны ясные, короткий систолический шум на всех точках. Пульс 98 в мин., удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, селезенка выступает на 4 см из-под реберного края, плотновата, безболезненна, гладкая. Печень не увеличена. В общем анализе крови: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты – $26 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 40 мм/час.

Проблемы пациента:



- слабость,
- снижение аппетита и массы тела,
- головокружение и озноб,
- лихорадка,
- потливость,
- носовые кровотечения,
- боль в горле из-за явлений стоматита.

Потенциальные проблемы: риск развития инфекционных осложнений, риск кровотечения, риск падения из-за слабости.

Приоритетные проблемы: лихорадка, носовые кровотечения.

Цель: снизить температуру тела, избежать развития инфекционных осложнений и кровотечений.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение температуры тела через 7 дней лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит отсутствие температуры тела и носовых кровотечений.

План сестринского ухода по приоритетной проблеме – снижение температуры тела, помощь при носовом кровотечении.

План сестринских вмешательств:

1. Помощь в первом периоде лихорадки:

- обеспечить постельный режим,
- тепло укрыть пациента,
- к ногам положить грелку,
- обеспечить обильное горячее питье (чай, настой шиповника и др.),
- контролировать физиологические отправления,
- обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

2. Помощь во втором периоде лихорадки:

- следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима,
- обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием),



- заменить теплое одеяло на легкую простыню,
- давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника),
- на лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс,
- при высокой температуре тела следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя,
- периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, а губы смазывать вазелиновым маслом,
- следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприемник,
- проводить профилактику пролежней.

3. Оказывать неотложную медицинскую помощь при носовом кровотечении:

- усадить больного,
- успокоить больного и сказать, чтоб он вдыхал воздух носом, а выдыхал ртом, для ускорения свертываемости крови,
- расстегнуть стесняющую одежду,
- слегка наклонить его голову вперед и дать стечь крови,
- дать больному платочек и предложить сплевывать кровь,
- приложить холод к переносице, а к ногам грелку,
- если кровотечение не остановилось в течении 15 минут – ввести в носовые ходы ватные тампоны, смоченные гемостатическим средством (аминокапроновая кислота) на 10-15 минут.

В качестве основных рекомендаций по уходу за больными с лейкозами можно сформулировать следующие:

1. Регулярное измерение основных гемодинамических показателей АД и пульса.
2. Контроль за регулярным приемом лекарственных препаратов, их дозировкой в строгом соответствии с назначениями врача.



3. Одним из грозных осложнений длительного постельного режима являются тромбозы и тромбоэмболии. Неподвижное состояние конечностей, сжатых собственной тяжестью или давящими предметами, даже подушкой, подложенной под колени, приводят к застою венозной крови. Полезно в целях профилактики применять физические упражнения на сгибание, разгибание в суставах, неглубокий массаж ног, периодическое их поднятие с помощью подушки, частое изменение положения тела.

4. Медицинской сестре необходимо владеть навыками неотложной доврачебной помощи.

5. В терминальной стадии особенно важен уход за пациентом. Необходимо следить за полостью рта (предупреждать гингивит, некротическую ангину), кожу надо ежедневно протирать камфорным спиртом, проводить профилактику пролежней (протирание кожи в области крестца, использование подкладных кругов), проводить гигиеническую обработку половых органов после физиологических отправок. В терминальной стадии состояние больных крайне тяжелое, поэтому организуется индивидуальный пост.

Роль медицинской сестры крайне важна в уходе за пациентом. Правильный уход предполагает создание благоприятной бытовой и психологической обстановки на всех этапах лечения. Он строится на принципах охранительного режима.

А.Семенов

Руководитель: преподаватель к.м.н. Садовникова Г.В.

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПРОСТУДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Часто болеющие дети – это категория детей, подверженных высокому уровню заболеваемости острыми респираторными заболеваниями вследствие преходящих, корригируемых нарушений в защитных системах организма. В



группу часто болеющих включены дети, переносящие более 4-6 эпизодов ОРЗ в год, которые могут протекать в различных клинических формах.

Термин «часто болеющие дети» используется для обозначения группы диспансерного наблюдения и отражает, главным образом, кратность и тяжесть инфекционной заболеваемости. Иногда для подчеркивания затяжного характера респираторных инфекций у данной категории детей используется понятие «часто и длительно болеющие дети» (ЧДБД). Согласно эпидемиологическим данным, часто болеющие дети составляют 15-40% от общего числа детей.

Цель работы: Выявить особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при работе с часто болеющими детьми.

Задачи:

1. Изучить структуру заболеваемости у часто болеющих детей.
2. Рассмотреть основные принципы реабилитации часто болеющих детей
3. Проанализировать сестринскую деятельность при работе с часто болеющими детьми.

Понятие «часто болеющие дети» не является диагнозом и самостоятельной нозологической формой: за ним могут скрываться различные заболевания респираторной системы (ринит, назофарингит, синусит, ларинготрахеит, бронхит и др.).

Считается, что основной причиной повторных респираторных заболеваний у детей выступают неспецифичные нарушения иммунологической реактивности, затрагивающие все звенья иммунитета. Хотя в иммунной системе часто болеющих детей и отсутствуют грубые первичные дефекты, однако имеется крайнее напряжение иммунного реагирования и истощение резервов противoinфекционных защитных механизмов.

Критериями отнесения детей к категории часто болеющих служат: частота и тяжесть ОРЗ, наличие осложнений, продолжительность интервалов между эпизодами заболеваемости, необходимость в использовании



антибиотиков для лечения и др. Главным среди этих показателей является количество повторных эпизодов ОРЗ с учетом возраста ребенка. К категории часто болеющих могут быть отнесены дети:

- первого года жизни, перенесшие 4 и более случаев ОРЗ в год;
- от 1-го до 3-х лет, перенесшие 6 и более случаев ОРЗ в год;
- от 4-х до 5-ти лет, перенесшие 5 и более случаев ОРЗ в год;
- старше 5 лет, перенесшие 4 и более случаев ОРЗ в год.

Кроме этого, у детей старше 3-х лет при отнесении их к группе часто болеющих, может быть использован инфекционный индекс, исчисляемый как отношение количества всех эпизодов ОРЗ за год к возрасту ребенка (в годах). У редко болеющих детей инфекционный индекс обычно не превышает 0,2-0,3; у часто болеющих составляет от 0,8 и выше.

Возбудителями повторных инфекций у часто болеющих детей в большинстве случаев выступают вирусы (гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальные, аденовирусы), атипичные микроорганизмы (возбудители хламидиоза и микоплазмоза), бактерии (гемофильная палочка, стафилококки, стрептококки, марокселлы, пневмококки и др.).

В анамнезе часто болеющих детей нередко прослеживается патология перинатального и неонатального периодов:

- внутриутробные инфекции,
- асфиксия,
- гипоксически-ишемическая энцефалопатия,
- недоношенность и др.

У грудных детей может отмечаться:

- гипотрофия,
- рахит,
- анемия,
- гиповитаминоз,
- дисбактериоз.



В раннем возрасте присоединяются:

- гельминтозы
- хронические инфекции носоглотки: аденоиды, риниты, гаймориты, отиты, фарингиты и пр.

К срыву и без того несовершенных адаптационных механизмов может способствовать ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание, экологическое неблагополучие, плохой уход за ребенком, нерациональное применение лекарственных средств (жаропонижающих, антибиотиков и др.), аллергическая отягощенность.

При проведении исследовательской работы были получены следующие результаты.

Дети от 1 года до 2 лет составили 14%, от 3 до 6 лет – 51%, от 7 до 11 лет – 18% и от 12 до 14 лет – 16%. Среди детей младше 7 лет 85% посещали дошкольные образовательные учреждения. У 35% ЧДБ детей отмечались ежемесячные эпизоды респираторного заболевания, у 33% – от 6 до 10 эпизодов со «светлым промежутком», как правило, в летние месяцы. Частые острые респираторные инфекции в неосложненной форме переносили 53% ЧДБ детей,

Осложнения

У часто болеющих детей отмечается склонность к продолжительному и осложненному течению инфекций. В структуре осложнений у них преобладает гайморит, гнойный отит, бронхиальная астма, пневмония, пиелонефрит, гломерулонефрит, ревматизм.

В моем исследовании на повторяющиеся ангины жаловались 17% пациентов, отиты – 16%, синуситы – 13%, стенозирующие ларинготрахеиты – 9%, бронхиты – 34%, пневмонии – 7%. У 39% ЧДБ детей отмечались длительно сохраняющийся субфебрилитет.

Реабилитация часто болеющих детей, включающие повышение резистентности организма, санацию очагов хронической инфекции, этиопатогенетическую терапию в период ОРЗ, вакцинопрофилактику.



Общеукрепляющие мероприятия

Восстановительно-реабилитационное направление включает общегигиенические мероприятия: организацию рационального режима дня (достаточный сон, исключение физических и нервно-психических перегрузок, ежедневные прогулки и физическую активность), полноценное питание. В периоды клинического благополучия часто болеющим детям показан прием поливитаминных комплексов, проведение закаливающих процедур, гидротерапии, общего массажа, дыхательной гимнастики и ЛФК.

Вакцинопрофилактика

Отнесение ребенка к группе часто болеющих детей не исключает проведение профилактических прививок, а, напротив, является основанием для тщательно продуманной индивидуальной вакцинации. Обязательная и дополнительная вакцинация часто болеющим детям должна проводиться в периоды клинического благополучия; в этом случае риск развития поствакцинальных осложнений не превышает среднестатистический.

Несмотря на осложненный преморбидный статус, высокую заболеваемость ОРВИ, в рамках Национального календаря профилактических прививок было иммунизировано 18,3% детей, по индивидуальному календарю – 77% и частично вакцинировано 3 ребенка (5,0%).

Прогноз и профилактика

Полностью предотвратить заболеваемость детей ОРЗ невозможно, однако в силах взрослых снизить частоту и тяжесть протекания заболеваний. В отношении часто болеющих детей не следует пренебрегать иммунопрофилактикой и неспецифической профилактикой ОРЗ, своевременным лечением сопутствующих инфекций.

Число повторных эпизодов ОРЗ в год у часто болеющих детей зависит не только от правильности лечения, но, в большей степени, от образа жизни в периоды клинического благополучия. Планирование и соблюдение



реабилитационно-восстановительных мероприятий способствует продлению срока ремиссии, снижению частоты и тяжести эпизодов ОРЗ.

При проведении опроса родителей были получены следующие данные

Причинами высокой заболеваемости детей родители считают: 70% – недостаточное физическое воспитание в семье, 30% – предрасположенностью и наследственность

Физические показатели развития ребёнка родители знают: 72% – частично,

28% – отлично.

Наиболее приемлемые закаливающие процедуры: облегчённая форма одежда для прогулок и в группе, систематическое проветривание групп, умывание лица, шеи, рук до локтя прохладной водой.

На вопрос нужно ли укреплять здоровье ребёнка 46% родителей ответили утвердительно, 54% – частично.

В помощи получения рекомендаций со стороны медицинских сестер по укреплению здоровья детей нуждаются – 25% родителей, частично – 51%, 24% - не нуждаются.

В результате проведенной работы были сделаны следующие выводы:

1. Часто болеющие дети – это группа диспансерного наблюдения, включающая детей, страдающих частыми респираторными инфекциями, которые возникают вследствие транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеют стойких органических нарушений в них.

2. Основные принципы реабилитации: раннее начало; учет клинических особенностей, индивидуальных факторов риска; длительность и непрерывность реабилитационных мероприятий; преемственность восстановительного лечения (стационар, поликлиника, санаторно-оздоровительное учреждение, образовательное учреждение); применение комплекса лечебных средств, воздействующих на разные звенья патогенеза с приоритетным выбором немедикаментозных методов.



3. Одним из основных условий успешной реализации комплексно оздоровительной работы является тесный контакт медицинской сестры с родителями. Они вместе приобщают ребенка к гигиенической культуре, составляют основу здорового образа жизни. Никакие оздоровительные процедуры не приведут к положительным результатам, если медицинская сестра не будет тщательно контролировать правильность их выполнения. Медицинская сестра ведет постоянный контроль за динамикой самочувствия детей, реакцией организма на различные процедуры и за общим психоэмоциональным состоянием. Таким образом, роль медицинской сестры в успешной реализации комплексно-оздоровительной работы многогранна и неоценима.

А. Аванесян

Руководитель: преподаватель Л.Л. Алешина

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В СТАЦИОНАРЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

На сегодняшний день заболевания органов дыхания являются одной из наиболее важных и актуальных проблем практической педиатрии. Несмотря на совершенствование профилактических и лечебных методик, а также появление в арсенале врачей новых высокоэффективных лекарственных средств, инфекции дыхательных путей продолжают оставаться важнейшей проблемой современной медицины, что связано с высоким уровнем заболеваемости детей, нередкими осложнениями и колоссальным экономическим ущербом, причиняемым острыми респираторными заболеваниями. Смерть от болезней органов дыхания занимает 4 место в структуре основных причин смертности населения, а если рассматривать конкретно причины детской смертности, то болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции, несмотря на то, что эти заболевания излечимы и летальный исход от них предотвратим. Высока и инвалидизация детей от болезней органов дыхания, которые занимают 3-е место в структуре причин инвалидности. На сегодняшний день более 27



тысяч детей признано инвалидами по причине различных патологий дыхательной системы. В процессе лечения больных с заболеваниями органов дыхания важная роль отводится медицинским сестрам. Внедрение новых технологий, которые повышают качество и эффективность ухода за пациентами, облегчающие работу медицинских сестер трудно переоценить, потому что в процессе выздоровления больного сестринский уход занимает одну из доминирующих позиций.

Для более углубленного изучения проблемы, было проведено исследование на базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» города Ставрополя на основании статистических данных за 2021 год детского инфекционного и пульмонологического отделения. Изучая структуру бронхолегочной патологии в стационаре отмечено, что среди 67 госпитализированных пациентов ринофарингит диагностирован у 7, ларингит у 12, бронхиты – у 16, пневмонии – у 21, бронхиальная астма и поллиноз - у 11 детей. Анализ гендерного состава госпитализированных детей с заболеваниями органов дыхания показал, что из 67 госпитализированных детей зафиксировано 38 мальчиков и 29 девочек. Также был проведен возрастной анализ детей с патологией органов дыхания, который отобразил, что из числа госпитализированных, детей до 1 года – 13, с 1 года до 5 лет – 23, с 6 лет до 12 - 23, старше 12 лет – 8. Длительность пребывания в стационаре в среднем при ринофарингите – 10 дней, ларингите – 12, бронхите – 14, пневмонии – 15 и при бронхиальной астме – 16 дней. При поступлении в стационар основными жалобами были – температура у 55 детей, кашель у всех 67 детей, одышку отмечали 42 ребёнка, нарушение сна – 29 детей. Сухой кашель отмечался у 11 детей, что составило 16%, влажный у 42 детей (63%), у 14 (21%) – грубый, лающий. Повышение температуры отмечалось у 82% детей, в том числе: до субфебрильных цифр у 45%, фебрильных цифр – у 49% и до гипертермических – у 6%. Инспираторная одышка зарегистрирована у 12 детей, экспираторная одышка у 11 детей и одышка смешанного характера – у 19 детей. Нарушение сна отмечали 10



детей с БА, по 1 ребёнку с бронхитом и ринофарингитом, 3 с ларингитом и 14 детей с пневмонией. Сопутствующая патология была выявлена у 100% детей. Хронические очаги инфекции у 21(31%) ребёнка, хронические заболевания ЛОР-органов отмечаются у 25 (38%) детей, тубинфицированы 14 (21%) детей, инфекция мочевыводящих путей у 7 (10%) детей.

На основании проведенного исследования и изученной литературы были сделаны следующие выводы. Заболевания органов дыхания у детей приобрели приоритетное научное и медико-социальное значение во всем мире, являясь главенствующей проблемой в педиатрической практике. Анализ статистических данных показал, что болеют чаще мальчики и дети в возрастной группе от 1 до 12 лет – по 23 ребенка с 1 года до 5 и с 6 до 12 лет. Наибольшее пребывание в стационаре зафиксировалось при бронхиальной астме – 16 дней. Лидирующим среди жалоб пациентов оказался кашель, он был отмечен у всех 67 госпитализированных детей с дыхательной патологией, причем у подавляющего большинства, а именно у 42 из них, кашель был влажный. Температура пациентов повышалась преимущественно до фебрильных цифр, что составило 49% от числа лихорадящих больных. Из 42 детей, жалующихся на одышку, у большинства из них одышка имела смешанный характер. Среди пациентов с дыхательной патологией нарушение сна, в большей степени, наблюдалось у детей с пневмонией. Из сопутствующих патологий преобладали хронические заболевания ЛОР-органов - у 25 детей.

В процессе лечения больных с заболеваниями органов дыхания важную роль отводится медицинскому персоналу, а именно медицинским сестрам, организующим необходимый профессиональный уход.

Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания заключается в проведении физических методов охлаждения, выполнении отвлекающих процедур, инъекций, даче пероральных лекарственных средств, уходе за кожей и слизистыми пациента, обучению мамы проведению ингаляций,



вибрационного массажа и постурального дренажа, контролю функций жизненноважных органов.

Для профилактики бронхолегочной патологии у детей считаю необходимым:

1. На уровне амбулаторно-поликлинической службы выделять группу детей с частыми ОРВИ и имеющих носительство различных штаммов пневмококка.
2. Проводить предсезонную неспецифическую профилактику ОРВИ детям первого года жизни с неблагоприятным преморбидным фоном и часто болеющим детям.
3. Детям, находящимся на лечении в стационаре, показывать и обучать как правильно принимать лекарства, проводить ингаляции, следовать индивидуально подобранному лечению, распознавать признаки ухудшения состояния и вовремя обращаться за медицинской помощью.
4. Следить за состоянием, ориентируясь на симптомы, и, если необходимо, сообщить об изменениях врачу.

Д. Тохпариди

Руководитель: преподаватель Т.Т. Щедрина

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Онкологические больные испытывают огромное количество стрессовых факторов в процессе развития заболевания. Постоянно растет тревога из-за боязни стать беспомощным, изуродованным, появляется страх умереть в ужасных муках. Пока существуют подобные мысли, эффективность психологической помощи зависит от медицинских факторов, социальной поддержки, методов реабилитации, возраста больного, уровня жизни и личностных качеств пациента. Тревога, депрессия, страх перед болью могут увеличивать болевые ощущения.



Боль – очень распространенная проблема среди онкологических больных. Около 75% больных с прогрессированием заболевания страдают от боли и 25% умирает с сильнейшими болевыми ощущениями. Эффективная борьба с болью требует подключения к работе целого ряда, докторов различных специальностей, таких как анестезиологов, неврологов, психиатров, психологов, нейрохирургов и реабилитологов. Участие врачей-психиатров стало важной частью работы с онкологическими больными.

Оказание медицинской помощи онкологическим больным на всех стадиях заболевания вызывает значительное физическое и психическое напряжение, иногда даже перенапряжение у врачей, медицинских сестер и других медицинских работников, осуществляющих постоянный уход. Особенно остро эта проблема стоит на последней стадии, когда необходимо только паллиативное лечение.

Психологические методы должны быть связующим звеном в лечении боли у онкологических больных. Симптомы заболевания сопровождаются различными психологическими моментами – пониманием контроля, осмыслением боли, страхом смерти, сниженным настроением, беспомощностью. Боль имеет огромное влияние на уровень эмоциональных нарушений, и такие психологические состояния, как депрессия, страх, усиливают боль.

Степень эмоциональных нарушений стало показателем появления боли на поздних стадиях заболевания. Часто психиатр и психотерапевт становятся последними специалистами, консультирующими пациентов с болью.

Выделяют два вида депрессии на последних стадиях онкологии: реактивная и подготовительная. В противоположность первой форме депрессии(реактивной), когда пациент хочет поделиться своими тревогами, склонен к многословному общению и нередко требует деятельного участия самых разных людей, второй тип депрессии (подготовительная) обычно протекает в молчании.



На стадии депрессии больной понимает всю тяжесть своего положения. Он оплакивает то, что уже потерял (привычный образ жизни, внешнюю привлекательность, силы, работоспособность и т.д. — такой тип депрессии называют «реактивной»), и переживает из-за неминуемых потерь в будущем (это «подготовительная депрессия» — скорбь человека, который готовится окончательно проститься с этим миром). Чтобы помочь пациенту при «реактивной» депрессии, важно понять, что его тревожит, и поговорить об этом (касается ли это решения бытовых вопросов или хлопот о домашних любимцах), предложить обратить внимание на светлые стороны жизни и яркие, внушающие оптимизм события (например, день рождения внука).

Второй тип депрессии требует другой реакции. Когда депрессия становится средством подготовки к неминуемой потере всего любимого и ценного, инструментом перехода к состоянию смирения, ободрения не принесут больному особой пользы. Совершенно противопоказано твердить ему, чтобы он не печалился. Если позволить пациенту выразить свою скорбь, он с меньшим трудом обретет окончательное смирение. Больной будет признателен тем, кто сможет просто побыть рядом, не предпринимая постоянных попыток его утешить.

Исследовательская работа проводилась с использованием интернет-ресурса на платформе Google Формы в форме опроса, основой которого стал опросник OnlineTestPad «Оценка уровня тревоги и депрессии с использованием шкалы депрессии Бека».

Цели исследования:

1. Определение удобства использования опросника OnlineTestPad «Оценка уровня тревоги и депрессии (Шкала депрессии Бека)» для оценки качества жизни тяжелобольных пациентов.
2. Оценка изменения состояния тяжелобольных пациентов.
3. Оценка состояния ухаживающих и оказывающих паллиативное лечение тяжелобольным.

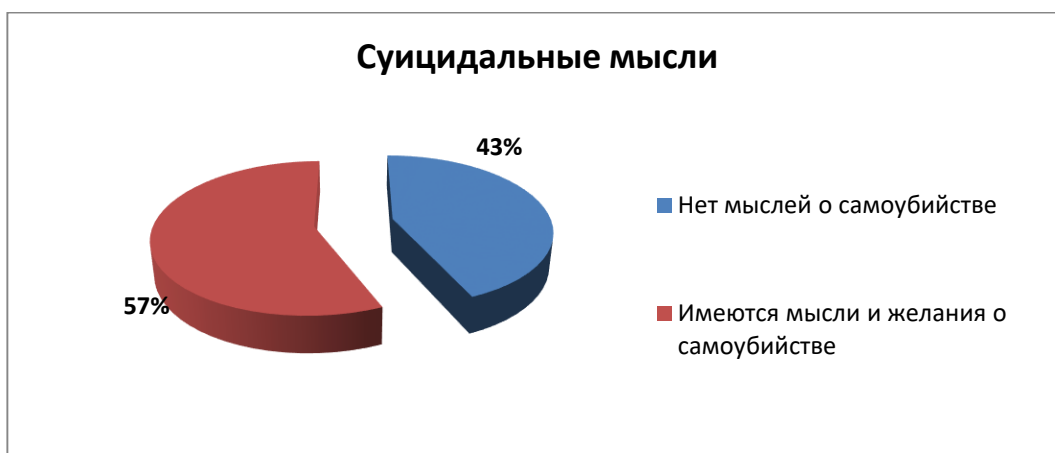


В исследовании приняли участие 46 человек: пациенты получающие паллиативную помощь, их родственники и близкие, а также те, кто предоставлял непосредственный уход за больным. Средний возраст опрошенных 35-65 лет.

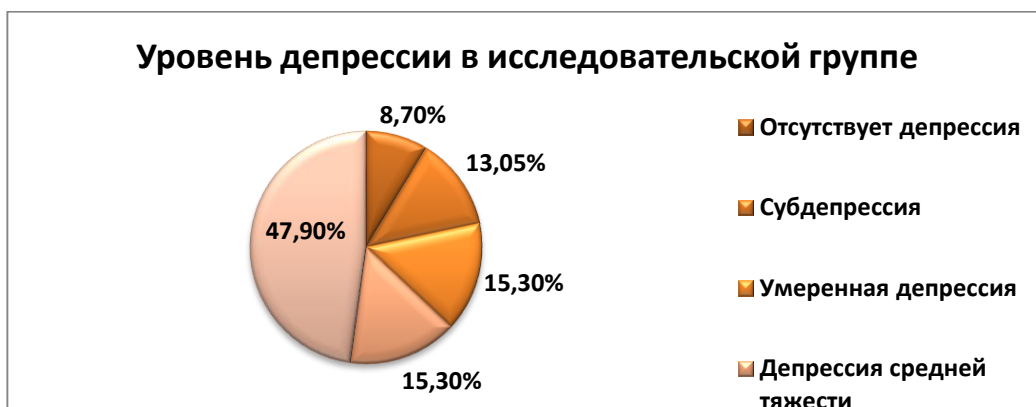
Результаты исследования:

По данным тестирования нарушения сна отметили 39 человек (85%), у 7 человек (15%) проблем со сном не выявлено.

Суицидальные мысли и желания в исследовательской группе наблюдались у 26 человек (57%), отсутствуют мысли о самоубийстве – 20 (43%).



Утрата интересов к людям и занятиям, которые приносили удовольствие имеется у 74 % (34 человека), не утратили интереса лишь 26% (12 человек).



Отсутствие депрессивных симптомов в ходе исследования наблюдалось у 8,7% (4 человека); субдепрессия или легкая депрессия у 13,05% (6 человек); умеренная депрессия 15,3%(7 человек) и депрессия



средней тяжести, также 15,3% (7 человек); Депрессия тяжелой степени 47,9% (22 человека).

Таким образом, проведя анкетирование по выявлению уровня тревоги и депрессии у онкологических больных, а также их родственников, которые оказывают уход, можно сделать следующие выводы: Из 46 опрошенных людей, лишь у 4 не было выявлено признаков депрессии, более того у 47,9% людей тяжелая степень депрессии. Также было выявлено, что у 85% опрошенных имеются проблемы со сном, у 57% были и бывают в настоящее время суицидальные мысли, утрата интересов к людям и вещам, которые приносили удовольствие, произошла у 74% людей. Высокий уровень тревоги и депрессии в исследовательской группе подчеркивают важность оказания психологической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, а также ухаживающим и осуществляющим паллиативное лечение, а особенно оказывающим постоянный уход за тяжелым пациентом на последней стадии заболевания.

А.А.Склярова

Руководитель: преподаватель Карпцова Г.А.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ АРТЕФАКТОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА

Главное требование, предъявляемое клиницистами к лабораторной диагностике- лабораторная информация должна быть качественной.

Гистологическое исследование является «золотым стандартом» для выявления многих заболеваний организма человека, прежде всего наиболее опасных для здоровья- злокачественных опухолей и предраковых состояний. В большинстве случаев именно гистология ставит окончательный диагноз, являясь завершающим этапом диагностических исследований [1].

Качественный гистологический микропрепарат, должен сохранять прижизненное состояние структур, быть достаточно тонким, прозрачным и хорошо контрастированным, он должен долго сохраняться и использоваться



для повторного изучения. Процесс его и приготовления– это трудоёмкая технологическая процедура, которая приводит к некоторым (хотя бы минимальным) изменениям морфологии ткани- усадка, вымывание отдельных клеточных компонентов, изменение цвета в различных видах тканей и изменения их структуры, то есть возникают артефакты. Это может затруднить изучение морфологии ткани и стать причиной получения ложных результатов гистологического исследования. Предотвращение гистологических дефектов- основная технологическая задача, которую приходится решать в каждом патологоанатомическом отделении (далее ПАО) [2].

Изучение практических аспектов обеспечения качества изготовления микропрепаратов проводилось в период прохождения производственной практики на базе гистологической лаборатории патологоанатомического отделения ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер» (далее ГБУЗ СК «СККОД»).

Проведённое исследование показало, что для современного этапа развития здравоохранения характерен возрастающий объём как прижизненных морфологических исследований (биопсии, операционный материал), так и посмертных (аутопсийных) исследований. Объектом патоморфологического исследования в гистологической лаборатории ГБУЗ СК «СККОД», чаще, является биопсийный и операционный материал; общее количество проведённых диагностических исследований ежегодно увеличивается; 78% всех изготовленных микропрепаратов- это парафиновые срезы. На другие виды препаратов приходится только 22 % (диаграмма 1).



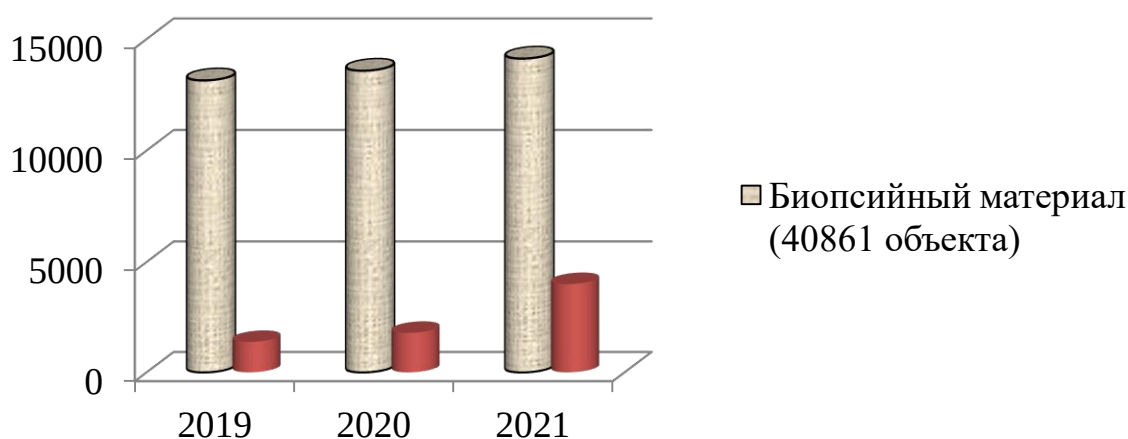


Диаграмма 1. Общее количество объектов биопсийного и аутопсийного морфологического исследования (за 2019- 2021 гг.)

Качество микропрепаратов является интегральным выражением состояния организации технологического процесса. В гистологической лаборатории ГБУЗ СК «СККОД» созданы необходимые условия для качественного выполнения всех видов лабораторных работ. Современный уровень развития гистологической техники характеризуется высоким уровнем автоматизации всех этапов технологического процесса.

Ответственность за состояние организации технологического процесса и качество конечного лабораторного продукта (микроскопических препаратов) несет заведующая ПАО. Контроль качества микропрепаратов в ПАО осуществляется на трех уровнях— лаборантом, врачом-патологоанатомом и заведующей ПАО. При организации контроля качества пользуются следующими принципами:

- каждый лаборант должен уметь распознавать лабораторные дефекты в микропрепаратах, нельзя допускать, чтобы некачественные препараты подавались врачу;
- ни один микропрепарат с лабораторными дефектами не может быть использован для диагностики; формулирование заключения (диагноза) по некачественным микропрепаратам недопустимо;
- каждый врач- патологоанатом должен уметь распознавать лабораторные дефекты в микропрепаратах и оказывать необходимую методическую



помощь лаборанту в анализе и поиске путей устранения выявленных дефектов;

- каждый случай выявления некачественных микропрепаратов расценивают как повод для полноценной экспертизы всего производственного процесса с целью выявления дефектов на отдельных этапах технологической цепочки.

При анализе причин обнаруженных дефектов микропрепаратов, последовательно разбираются все этапы технологического процесса с максимальной детализацией (качество используемых реагентов, соблюдение стандартных протоколов лабораторных процедур, действия персонала и другие). По каждому некачественному микропрепарату поднимают соответствующий блок, из него изготавливают новый препарат. Это позволяет, устранить дефекты микротомирования, окраски и заключения среза. В случаях выявления в препаратах неустраняемых дефектов – фиксации и проводки наличие этих артефактов всегда отмечают в описании и патоморфологическом заключении.

Анализ полученных данных показал, что в общей структуре дефектов преобладали артефакты проводки (52%): вымывание растворимых веществ, недостаточное отмывание формалина, недостаточная дегидратация, высушивание и перегрев образцов. С меньшей частотой были выявлены артефакты микротомии (30%): смещение тканевых компонентов в срезах, вибрационные повреждения, пузырьки воздуха под срезами, складки срезов. Примерно в 10% случаев дефекты приготовления гистологических препаратов были обусловлены артефактами окраски (неполная депарафинизация неполное и/или неравномерное окрашивание срезов), на остальные виды дефектов (появление формалинового пигмента, некачественное заключение под покровное стекло и др.) приходилось около 8% случаев.

Часто встречающиеся дефекты гистологической лабораторной техники, представлены на диаграмме 2



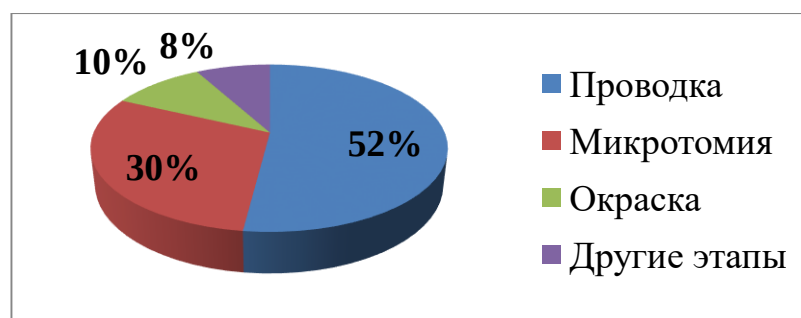


Диаграмма 2. Дефекты гистологической лабораторной техники

Проведённое исследование позволяет сделать следующие выводы, что представленное распределение дефектов гистологической лабораторной техники – наиболее часто встречаемое в ПАО. Так как большинство артефактов возникают в лабораторных условиях, их можно избежать или удалить после обнаружения. Квалифицированный лаборант должен уметь распознавать лабораторные артефакальные дефекты, чтобы некачественные препараты не попадали к врачу для изучения. Уменьшить количество артефактов и ошибок при работе позволяет строгое соблюдение правил гистологической техники.

Список литературы:

1. Основы обеспечения качества в гистологической лабораторной технике: руководство/под ред. П.Г. Малькова, Г.А. Франка.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016;
2. Пальцев М.А., Мальков П.Г., Франк Г.А. Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала: Руководство //Архив патологии. – 2020.

И.Е. Цыкунова

Руководитель Кобзева М.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ

ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА

Трихомониаз является самым распространенным заболеванием мочеполового тракта и занимает первое место среди заболеваний, передаваемых половым путем. [1]



Актуальность данной темы обусловлено высокой частотой бессимптомных форм трихомонадной инвазии, что позволяет отнести трихомониаз к неконтролируемым инфекциям, относительно частыми осложнениями болезни, трудностью лабораторной диагностики хронических форм. Поэтому основной задачей на сегодняшний день является совершенствование алгоритмов обследования и лабораторных методов исследования, основанных на современных достижениях медицинской науки.

Цель исследовательской работы заключается в изучении современных лабораторных методов диагностики трихомониаза.

В соответствии с указанной целью поставлены следующие задачи:

1. Определить методы лабораторной диагностики трихомониаза.
2. Проанализировать современные и традиционные методы лабораторной диагностики трихомониаза.

В мире ежегодно регистрируется около 200 млн. случаев трихомониаза.

Трихомониаз - паразитарная болезнь органов мочеполовой системы, вызываемая простейшими - влагалищной трихомонадой. [2] Источниками возбудителя инвазии являются люди - больные и носители трихомонад. В подавляющем большинстве случаев заболевание передается половым путем.

При трихомонадной инвазии поражаются мочеиспускательный канал у мужчин, влагалище, канал шейки матки, уретра и парауретральные ходы у женщин [2].

Распространению заболевания способствуют беспорядочные половые связи, особенно в группах повышенного риска. Внеполовое заражение встречается редко, например через руки медперсонала, предметы личного туалета (губки, мочалки, полотенца, ночные горшки, постельное белье и т.д.), которыми незадолго до этого пользовался больной. Новорожденные девочки могут инфицироваться во время родов при прохождении через родовые пути матери, больной трихомониазом.

Обычно инкубационный период трихомониаза длится от 2 дней до 2 месяцев. Если трихомониаз протекает в стертой форме, то первые симптомы



могут проявиться через несколько месяцев после заражения при снижении иммунитета или обострении других хронических инфекций.

Клинические проявления трихомониаза у мужчин и у женщин различны. Трихомониаз у женщин протекает с более выраженными симптомами, мужской трихомониаз обычно существует в форме трихомонадоносительства.

У женщин трихомонады преимущественно поражают влагалище, откуда они могут проникать в уретру, бартолиновые железы, мочевого пузыря и канал шейки матки. В редких случаях трихомонады паразитируют в полости матки, маточных трубах, почечных лоханках и прямой кишке. [3]

Основными симптомами трихомониаза у женщин являются:

- зуд, жжение в области влагалища и вульвы;
- дизурия и боль внизу живота;
- эритема и отёчность преддверия влагалища, малых и больших половых губ;
- жидкие выделения из влагалища серо-жёлтого цвета с неприятным запахом в 40-50% случаев. [1]

Клиническая картина урогенитального трихомониаза характеризуется отсутствием специфических признаков и примерно у 50 % инфицированных имеет место бессимптомный характер течения заболевания, что осложняет выявление заболевания. [2]

Из-за отсутствия четкой клинической картины при хронических и стертых формах трихомониаза только лабораторные методы выявляют этиологический агент и устанавливают диагноз заболевания. [3]

Для выявления трихомонады используют четыре типа методов: микроскопический, культуральный, молекулярно-биологический и серологический. Для того чтобы установить диагноз, достаточно обнаружить этот микроорганизм хотя бы одним из первых трех методов. [3]



В качестве биологического материала для исследования используется: отделяемое уретры, цервикального канала, влагалища, первая порция мочи, секрет предстательной железы.

В ходе исследований был проведен сравнительный анализ современных и традиционных лабораторных методов диагностики на трихомониаз. Были проанализированы эффективность современных и традиционных лабораторных методов исследований на трихомониаз. Исследование проводилось на базе АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» г. Ставрополя. Оценивали проведение основного метода обнаружения трихомонад, которым являются микроскопический и современный метод выявления трихомонад, основанный на ПЦР-методе Фемофлор-скрин за период с 2019 по 2021 год.

Таблица 1.

Количество обследованных пациентов (абс. ед)

Год	Обследовано пациентов	
	Микроскопический метод	Метод Фемофлор-скрин
2019	27459	1744
2020	30941	3121
2021	29398	3286



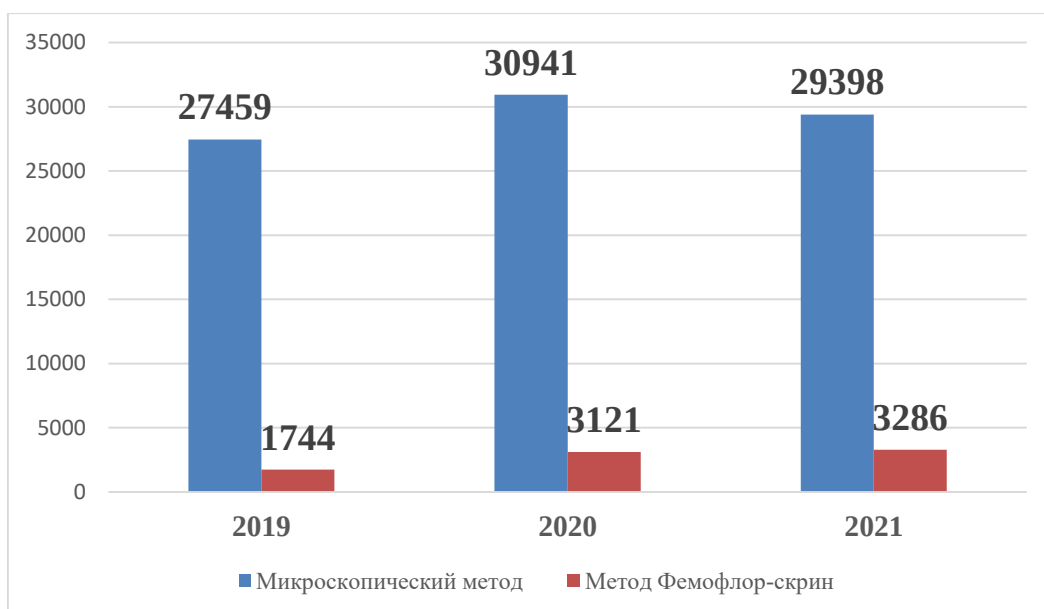


Диаграмма 1. Количество обследованных пациентов (абс. ед)

Из диаграммы видно, как показал анализ, что основным методом на трихомониаз является микроскопический метод.

В период с 2019 по 2021 года в общей сумме было проведено 95949 исследований на трихомониаз. Из них количество обследуемых мужчин – 17968 (19%), а женщин – 77981 (81%).

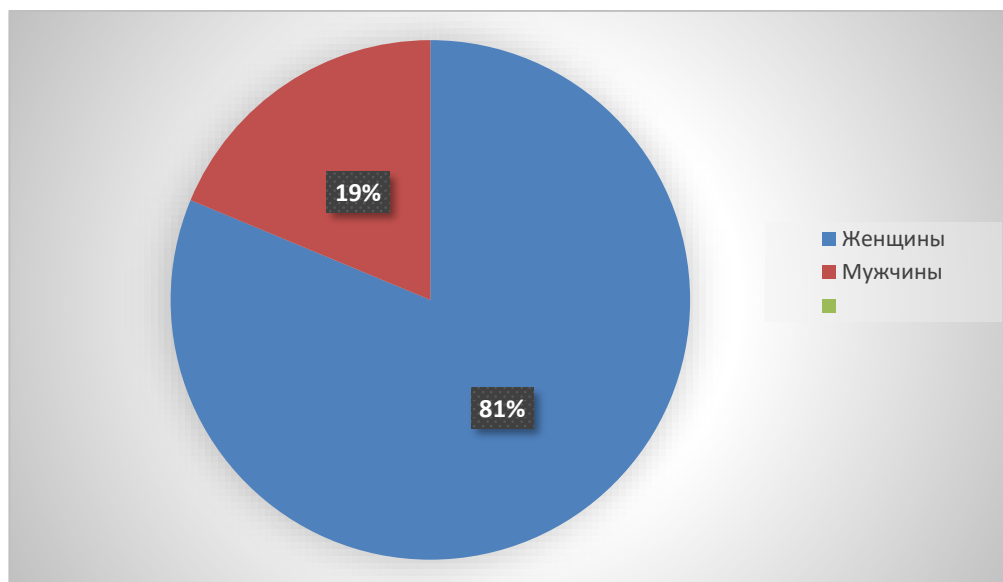


Диаграмма 2. Количество обследованных на трихомониаз по полу (%).

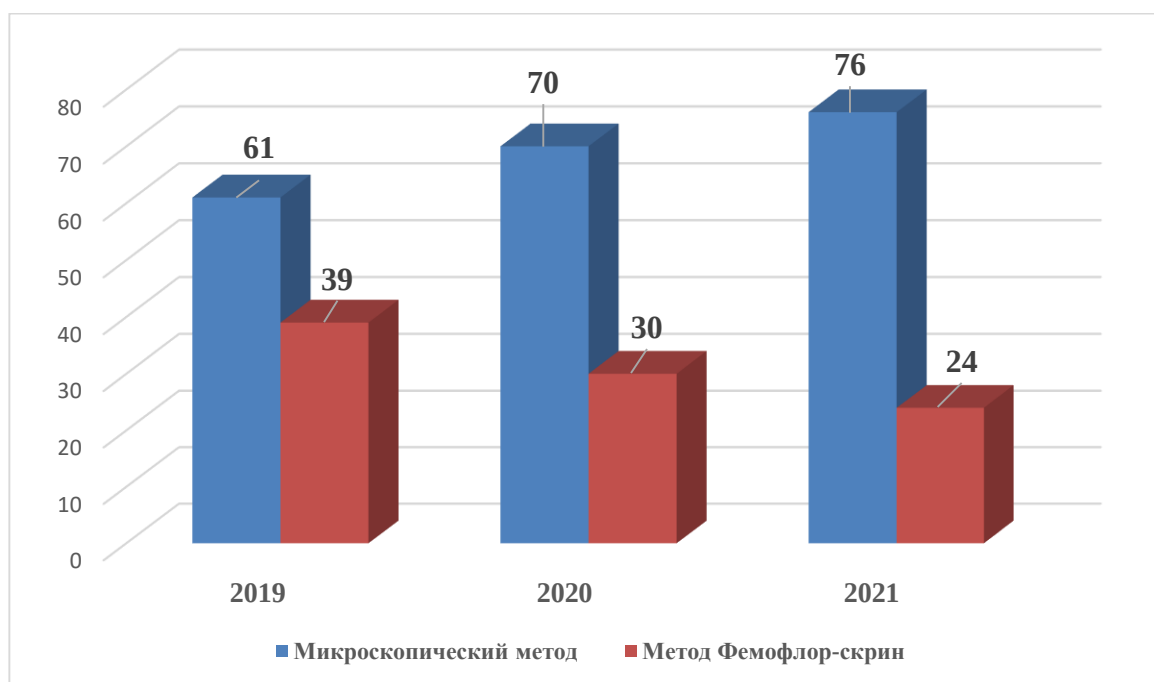
Как показал анализ, из диаграммы видно, что большая часть обследованных составили женщины – 81%.

Таблица 2.



Сравнительный анализ лабораторных методов исследований на трихомониаз за период с 2019г по 2021г (абс. ед)

год	Положительно установленные лица	Микроскопический метод		Метод Фемофлор-скрин	
		Положит результат	% положит	Положит результат	% положит
2019	118	72	61	46	39
2020	171	121	70	50	30
2021	156	119	76	37	24



Из диаграммы видно, как показал анализ, что доля положительных проб на выявление трихомониаза является микроскопический метод, который составил большую часть от общего числа исследований в сравнении с методом Фемофлор-скрина.

В процессе проведенных исследований был проведен сравнительный анализ современных и традиционных методов лабораторной диагностики трихомониаза. Метод микроскопии является основным, традиционным методом при лабораторной диагностики трихомониаза. Микроскопический



метод, в отличие от современных диагностических тестов является определённо экономически наиболее целесообразным и простым.[2]

Метод Фемофлор-скрин является современным и компактным методом, который позволяет оценить состояние микробиоценоза урогенитального тракта: выявлять безусловно-патогенные микроорганизмы (простейшие, вирусы и бактерии), колонизирующие урогенитальный тракт.

Метод отличается высоким уровнем чувствительности и дает возможность сделать выводы о количественном и качественном составе наличия в урогенитальном женском тракте различных вирусов, бактерий, грибков и простейших. Но метод Фемофлор-скрин не входит в перечень обязательных исследований и является дорогостоящим.

Появление в последние годы на мировом рынке тест-систем с новой направленностью позволяют не только подтвердить диагноз трихомонадной инвазии, но и оперативно (в течение 2-3-х дней) определить активность инфекционного процесса, что имеет важное значение для выбора тактики ведения пациента и принятия адекватных мер в лечении. [3]

Список литературы:

1. Авазов Э. Р., Клименко Б. В., Барановская В. Б., Степанова М. С. Трихомониаз мужчин, женщин и детей. Изд.2-е. – М.: Из-во ООО «Сюжет», «Русская графика». – 2018. – 192 с.
2. Аковбян В.А. и соавторы. Методические материалы по этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике, лечению и профилактике болезней, передаваемых половым путем/М., 2015.
3. Беднова В.Н. Лабораторная диагностика мочеполового трихомониаза: пособие для врачей-лаборантов / В.Н. Беднова [и др.] – М.: ЦНИКВИ, 2018. – 24 с



ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО РАЙОНАМ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что использование крови как лечебного средства имеет огромное клиническое значение. Мысль человека издавна работала над тем как возместить потерю крови в организме при ранениях и обильных кровотечениях, как улучшить состав и качество крови, ухудшившейся при заболеваниях и т.д. Качественное и достоверное определение групп крови – залог безопасного переливания цельной крови и её компонентов. [1]

Целью исследования явился анализ иммуногематологических показателей доноров с учетом геногеографических данных Ставропольского края.

Группа крови – это оригинальные антигенные характеристики клеток крови, которые определяются с использованием способов распознавания групп белков и углеводов, содержащихся в оболочке эритроцитов. Группа крови в течение всей жизни у каждого человека остается неизменной. Люди с одним типом могут отличаться от людей с другим по причине того, что у каждого человека разное количество агглютиногенов А и В в кровяных клетках, а также совсем разное количество агглютининов α и β . Основным методом определения эритроцитарных антигенов является реакция гемагглютинации. [2]

Несмотря на то, что подавляющее большинство населения Ставропольского края – представители одного этноса – русских, наш регион по-настоящему многонационален. Пограничное положение Ставропольского края на Северном Кавказе определяет его национальный состав. Самыми многочисленными являются русские, армяне, даргинцы, греки и цыгане. Всего на Ставрополье проживает более 120 народов. Удельный вес русских



составляет 80%, второй этнос – армяне – 6%. Численность ещё 8 народов: даргинцев, греков, цыган, украинцев, ногайцев, азербайджанцев, карачаевцев и туркмен вместе взятых составляет 8%. Остальные национальности – аварцы, кабардинцы, осетины, лезгины, грузины, абазы, черкесы, ингуши, казахи составляют 2,5% населения края.[3]

Юго-восточные и южные районы Ставрополя – это границы с республиками. Например, в приграничных с Дагестаном Нефтекумском, Курском и Левокумском районах проживает 41% даргинцев Ставрополя, в районах-соседях второго порядка Степновском, Буденовском, Арзгирском – 22%, третьего порядка – Новоселицком, Александровском, Апанасенковском – 15%. [3]

Учитывая особенности географического расположения Ставропольского края: нахождение на стыке расселения различных национальностей и этнических групп, незавершенные миграционные процессы, представляет интерес изучить распределение групповых и резус-антигенов среди доноров государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая станция переливания крови» (ГБУЗ СК «СКСПК») в зависимости от их групповой и резус принадлежности.[2]

Зона курации ГБУЗ СК «СКСПК» включает 19 районов с районными центрами и города Ставрополь и Невинномысск. Данные об иммуногематологическом статусе доноров ГБУЗ СК «СКСПК» установили с использованием данных единой информационной базы данных «Н-АИСТ». Нами проанализировано распределение по районам Ставропольского края доноров с 1, 2, 3 и 4 группами крови отдельно.

Обращает на себя внимание, что в Левокумском районе лиц с 1 и 2 группами крови значительно меньше, чем в Арзгирском, Труновском и ряде других районов. В Левокумском и Туркменском районах лиц с 3 группой крови значительно больше, чем в других районах, а также значительное преобладание доноров с 4 группой крови в Левокумском районе. Эти



статистические данные отличаются от таковых по Российской Федерации в среднем. Вероятней всего, это явление связано со значительным количеством компактно проживающих в этих районах различных этнических групп. [3]

Проанализирована также частота встречаемости в популяции $rh(d+)$ и $rh(d-)$ доноров в Ставропольском крае и Московской области. В Ставропольском крае лиц с отрицательным резусом значительно больше, чем в Московской области - в 1,7 раза. Что соответствует данным литературных источников для республик Северного Кавказа.

В результате проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Формирование и пополнение базы данных типированных доноров по Ставропольскому краю необходимы для составления геногеографической карты региона.
2. За период с января 2021 года по май 2022 года получены данные о неодинаковой частоте групповых антигенов крови среди населения в разных регионах Ставропольского края.
3. Распределение групповых и резус антигенов имеет характерные особенности, связанные с наличием компактного проживания лиц разных национальностей.
4. Формирование донорских групп с учетом региональных особенностей позволит сократить время на подбор контингента доноров для определенного реципиента и создания Банков крови.

Список литературы:

1. Шевченко Ю.Л., Шабалин В.Н., Селиванов Е.А. Руководство по общей и клинической трансфузиологии. - СПб: Фолиант, 2019.
2. Белозеров В.С., Панин А.Н., Черкасов А.А. Геоинформационное моделирование этнических процессов в Ставропольском крае //Наука. Инновации. Технологии. – 2021
3. Белозеров В.С., Панин А.Н., Приходько Р.А., Чихичин В.В., Черкасов А.А. Этнический атлас Ставропольского края. – Ставрополь, 2018



ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МОЧЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одними из самых распространенных инфекционных заболеваний во всем мире. В России распространенность ИМП составляет порядка 1000 случаев на 100 000 населения. Риск развития ИМП зависит от пола, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний и патологии мочевыводящих путей. ИМП регистрируется значительно чаще у женщин, чем у мужчин. Основным методом лечения ИМП является антибактериальная терапия, которая направлена на специфическое подавляющее действие против основных возбудителей мочевой инфекции. Лечение ИМП начинается, как правило, эмпирически, до получения результатов бактериологического исследования мочи, с последующим направленным применением антибиотиков. В последние годы отмечается устойчивая тенденция к повышению резистентности возбудителей ИМП к антибактериальным препаратам (АБП), традиционно применяемым в терапии этих инфекций, что может приводить к неблагоприятным клиническим исходам, ввиду неэффективности применяемого антибиотика. К числу основных путей сдерживания растущей резистентности к АБП относятся быстрая этиологическая диагностика, регулярный мониторинг антибиотикорезистентности и ограничение использования эмпирической антибиотикотерапии в пользу этиотропной терапии с учетом профиля антибиотикорезистентности возбудителя[3].

Целью настоящего исследования явилось изучение этиологической структуры возбудителей мочевых инфекций, а также анализ чувствительности к антибиотикам этиологически значимых возбудителей. Проанализированы данные бактериологического исследования мочи у



пациентов урологических отделений городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Ставрополя за 2020 г.

Материалом для исследования была средняя утренняя порция мочи, а при наличии постоянного уретрального катетера забор биоматериала проводился после замены катетера. Мочу собирали в стерильные одноразовые контейнеры и доставляли в бактериологическую лабораторию не позднее двух часов с момента сбора. На лабораторном этапе выделение и идентификацию бактериального агента с определением его концентрации в образце мочи (степени бактериурии) и чувствительности к антимикробным препаратам выполняли по стандартным методикам [1].

Для определения степени бактериурии применялись универсальные (кровяной агар, среда CLED) и селективные питательные среды (Эндо, МакКонки), которые подходят для культивирования как грамотрицательных, так и грамположительных уропатогенов, а также готовые к использованию хромогенные среды, которые облегчают и ускоряют идентификацию уропатогенов на основании выявления у них специфической ферментативной активности, обеспечивающей определенное окрашивание колоний. Эти среды высоко чувствительны для образцов с ростом основных уропатогенов – *E. coli*, *Staphylococcus saprophyticus* и *Enterococcus spp*[2].

Результаты микробиологического исследования мочи пациентов показали, что у 332 больных выделено 173 этиологически значимых патогена, что составило 25,7% от общего количества выявленных возбудителей. В общей структуре преобладали грамотрицательные бактерии – 59,2%. Грамположительные бактерии выделены в 24,4%, грибы – в 16,4% случаев. Среди грамотрицательных бактерий преобладали микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*: *E. coli* (32, 2%), *Enterobacter* (16 %), *K. pneumoniae* (7 %), *P. aeruginosa* (4 %). Грамположительные бактерии представлены энтерококками, преимущественно *E. faecalis* (24,4%). Структура микробных патогенов, выделенных из мочи у катетеризированных пациентов существенно не различалась.



После выделения и идентификации уропатогенов проводили определение их чувствительности к антимикробным препаратам. Для определения чувствительности выделенных культур к антибиотикам использовали диско-диффузионный метод на среде Мюллера–Хинтона с использованием дисков BioRad. По данным мониторинга на антибиотикорезистентность верифицировано резистентных культур *E. coli* к цефтриаксону - 36%, к амоксициллину /клавуланату и ципрофлоксацину – 14–15 %. К другим цефалоспорином 2-го и 3-го поколений (цефатоксим, цефтазидим, цефтриаксон) резистентность *E. coli* была значительно выше и находилась в пределах 36,6–41,6 %. Наиболее чувствительна *E. coli* оказалась к амикацину и меропинему.

Частота выявления резистентных штаммов *K. pneumoniae* превышала таковую для *E. coli*. Так, к ампициллину были резистентны 89,5 % выделенных штаммов *K. pneumoniae*, к ципрофлоксацину - 69,4 %, амоксициллину/клавулановой кислоте - 59,7 %, гентамицину - 50 %, Наименьшая частота резистентности отмечена к меропинему — 28,2 %. Отмечается высокий уровень резистентности *P. aeruginosa* к гентамицину (63,9 %) и меропинему (44,8 %). В целом частота выявления резистентных штаммов *P. aeruginosa* несколько ниже, чем для *K. pneumoniae*, однако ни для одного исследуемого антибактериального препарата она не оказалась меньше 30 %.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что из мочи урологических больных чаще всего высевается грамотрицательная флора с достаточно высоким уровнем резистентности к антибиотикам: к ампициллину, ципрофлоксацину.

Рациональная терапия внебольничных инфекций мочевыводящих путей основывается на этиологической расшифровке диагноза и определении чувствительности уропатогенов к антимикробным препаратам.

Список литературы:



1. Козлов Р.С., Меньшиков В.В., Михайлова В.С., Шуляк Б.Ф., Долгих Т.И., Круглов А.Н., Алиева Е.В., Маликов В.Е. Клинические рекомендации «Бактериологический анализ мочи» // Москва, 2014 г
2. Донецкая, Э.Г. Клиническая микробиология: Руководство для специалистов клинической лабораторной диагностики / Э.Г. Донецкая. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 480 с
3. Клинические рекомендации «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам» 2021г.

К.А. Костюченко

Руководитель: преподаватель Цитиридис Е.М.

ОСОБЕННОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ

Актуальность данной проблемы возрастает связи с увеличением удельного вес пожилых людей в структуре населения, отрицательным влиянием технического прогресса, сопровождающегося уменьшением физической активности людей, и воздействием ряда неблагоприятных экологических факторов. Этиологические исследования показывают, что нет ни одной национальности или этнической группы, в которой не встречался бы остеопороз. По данным ВОЗ, в настоящее время проблемы ранней диагностики лечения и профилактики метаболических заболеваний скелета занимают четвертое место по значимости среди неинфекционных заболеваний, уступая только сердечно-сосудистым, онкологическим болезням и сахарном диабету. [1] Это обусловлено чрезвычайно высокой и неуклонно растущей распространенностью на фоне общего старения населения, но и тяжестью исхода- возникновением нетравматических переломов позвоночника и трубчатых костей. Они приводят к тяжелым медико-социальным последствиям: к хроническим болям, инвалидности,



снижению качества жизни, повышению смертности, особенно при переломах бедра, значительным финансовым затратам. [1]

По данным широкомасштабных эпидемиологических исследований последних лет отмечено резкое увеличение частоты переломов, связанных с возрастом, в большинстве регионов мира [2,3]. Это позволило многим исследователям говорить об эпидемии ОП и его осложнений - переломов костей. По прогнозам зарубежных специалистов, распространенность этого заболевания может достичь еще более глобальных масштабов с двукратным увеличением частоты переломов бедра за период с 2005г. по 2050 гг. и увеличением вдвое затрат на их лечение [2].

Статистика по данным ВОЗ, 0,5–1% – ежегодная потеря костной массы до 50 лет, у женщин в первый год после менопаузы потеря составляет 10%, далее – 2–5% в год, 4-е место среди всех причин инвалидности и смертности занимают переломы бедренной кости при остеопорозе. [2]

На 12–20% уменьшает ожидаемую продолжительность жизни остеопороз. В 4 раза увеличивает риск повторных переломов позвоночника первый его перелом, и в 2 раза – переломов бедра. Женщины после 45 лет в общем проводят больше времени в больнице с остеопорозом, чем по поводу сахарного диабета. [3]

В нашей стране в группу потенциального риска переломов, связанных с остеопорозом, входят 34 млн. человек (это четверть населения России!). Из них 14 млн. уже страдают остеопорозом, еще 20 млн. имеют начальную степень заболевания – остеопению (снижение костной массы). И эти цифры будут неуклонно возрастать, поскольку в России, как и во всем мире, прослеживается отчетливая тенденция к старению населения. В России из-за остеопороза происходит 3,8 млн. случаев переломов позвонков в год. Каждую минуту ломаются 7 позвонков, а каждые пять минут у кого-то случается перелом шейки бедра. Последняя травма – наиболее тяжелая. Городские жители старше 50 лет - 24% женщин и 13% мужчин имеют, по крайней мере, один малотравматический перелом, чаще всего тел позвонков.



Распространенность малотравматических переломов тел позвонков - около 10% у мужчин и 12.7% у женщин. [3]

По данным ВОЗ, остеопороз, занимает четвертое место, среди причин инвалидности и смертности. Болезнь поражает каждую третью женщину и каждого пятого мужчину старше 50 лет. Но это – мировая статистика. О распространенности остеопороза в нашей стране достоверных сведений нет. Само заболевание протекает бессимптомно, пока не случается перелом. [3]

Перед отечественным здравоохранением также остро стоит проблема ОП, что доказано в совсем недавно начавшихся научных исследованиях. Прирост заболеваемости ОП по регионам России только за 2014-2017 гг. составил от 13,7% до 55,1%, в среднем заболеваемость за один год увеличилась на 25%) [3].

Цель исследования: определение путей оптимизации диагностических и профилактических подходов при остеопорозе на основе изучения его эпидемиологических особенностей, факторов риска, прогноза и профилактики заболевания и возможностей лабораторного обследования.

В основе патогенеза развития остеопороза лежит дисбаланс процессов костного ремоделирования (костеобразования) и костной резорбции: либо преобладает ускоренная резорбция, либо сниженное костеобразование, либо замедление обеих составляющих костного обмена. В норме количество новообразованной ткани эквивалентно разрушенной. Основная цель ранней биохимической диагностики остеопороза состоит в оценке интенсивности костного метаболизма. Для этого используются специальные биохимические маркеры, которые можно разделить на три группы. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике заболеваний скелета метаболического характера имеет оценка гормонального статуса больных, в частности паратиреоидного гормона (ПТГ), половых стероидных и гонадотропных гормонов, а также витамина Д, участвующего с ПТГ в регуляции обмена кальция. Определение концентрации кальция, фосфора и общей активности щелочной фосфатазы сыворотки крови используются в оценке общего



статуса больного и имеет вспомогательное, но не диагностическое значение.
[3]

Маркеры формирования костной ткани:

Остеокальцин – основной неколлагеновый белок костного матрикса, который синтезируется остеобластами. Синтез остеокальцина зависит от витамина К и Д, что до некоторой степени снижает чувствительность и специфичность определения остеокальцина, как маркера метаболизма костной ткани.

Кальцитонин – полипептидный гормон, выделяемый С-клетками щитовидной железы. Основным эффектом кальцитонина – снижение уровня кальция в крови и отложение в кости.

Костный фермент щелочной фосфатазы (b ALP) Его исследование, наряду с общей активностью щелочной фосфотазы (ЩФ), существенно повышает информативность при дифференциальной диагностике заболеваний скелета и печени. [2]

Щелочная фосфатаза ассоциируется с активностью остеобластов и поэтому ее определение дополняет картину формирования костной ткани. [2]

Маркеры состояния обмена:

Паратгормон (ПТГ) – является одним из основных регуляторов кальциево-фосфорного обмена, синтезируется паращитовидными железами в ответ на уменьшение внеклеточной концентрации кальция. Он активирует резорбцию костной ткани и приводит к поступлению кальция и фосфора в кровь.

Кальций, фосфор – основные минеральные компоненты костной ткани.
[3]

Маркеры резорбции костной ткани:

Для оценки эффективности лечения остеопороза используют, как правило, маркеры резорбции, поскольку их снижение под влиянием терапии начинается уже через 2-3 недели и достигает плато через 3-6 месяцев (НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ). Выявление



нормального или значительно повышенного уровня маркера резорбции при однократном определении уже имеет диагностическое значение. [3]

Деоксипиридинолин (ДПИД). На сегодняшний день ДПИД считают самым адекватным маркером резорбции кости. Костный коллаген характеризуется наличием поперечных связей между отдельными молекулами коллагена, которые играют большую роль в его стабилизации и представлены в виде деоксипиридинолина.

beta-Cross Laps– (С-концевые телопептиды) образующиеся при деградации коллагена 1 типа, который составляет более 90 % органического матрикса кости. Измерение beta-Cross Laps позволяет оценить темпы деградации относительно "старой" костной ткани. [2,3]

Прогностическая значимость:

Высокие уровни маркеров резорбции костей, превышающие норму в 2 раза, связывают с двукратным увеличением риска переломов; пациенты с остеопорозом, имеющие уровни маркеров резорбции костей, превышающие нормы в 3 раза, имеют другую метаболическую костную патологию (включая злокачественную).

Таким образом, показаниями для исследования маркеров метаболизма костной ткани являются:

- определение риска развития остеопороза;
- мониторинг в период мено - и постменопаузы;
- мониторинг при проведении гормональной заместительной терапии;
- оценка эффективности терапии антирезорбционными препаратами [2].

Были изучены данные лабораторного биохимического исследований крови пациентов травматологического отделения ГБУЗ СК «Городская больница №4» г. Ставрополя период 24.04-19.05.22г.

В группу обследованных были взяты 35 человек: 23 жен., 12 муж., у которых был выставлен диагноз остеопороз, различного генеза, несколько человек (6) поступили с повторными переломами верхних конечностей.



Среди пациентов с остеопорозом преобладают женщины возрастной группы старше 51 года.

В плане обследования пациентов группы наблюдения всем определена концентрация кальция в крови, всем 35 чел.

Снижение кальция в крови встречается у 20% обследованных пациентов.

Проводилось определение щелочной фосфатазы (ЩФ) крови-8 чел., т.е. охват составил 25% пациентов.

Итак, изучив лабораторные показатели пациентов травматологического отделения, можно сказать, что обследование пациентов с остеопенией не носят системного характера. Полнота охвата определения кальция в крови составляет 100%, (гипокальциемия составила-20%), определение ЩФ составило 25%. Определение маркеров костного ремоделирования (костеобразования, костной резорбции) пациентам не проводилось.

Выводы. Для активизации решения данной проблемы перспективным направлением является дальнейшее изучение эпидемиологии ОП в отдельных регионах России с учетом территориальных особенностей и созданием базы данных. Различная распространенность заболевания в регионах обусловила необходимость изучения значимости различных факторов риска ОП, что важно для прогнозирования заболеваемости, формирования групп риска и создания программ профилактики на местном уровне. Существуют различные формы остеопении. Причины приводящие к патологии костной ткани: эндокринные нарушения, нарушения фосфорно-кальциевого обмена и т.д.

Выделены маркеры формирования костной ткани, маркеры состояния минерального обмена и его регуляции. Изучив лабораторные показатели пациентов травматологического отделения, можно сказать, что обследование пациентов с остеопенией не носят системного характера. Определение маркеров костного ремоделирования (костеобразования, костной резорбции) за указанный период, пациентам не проводилось.



Список литературы:

1. Аникин С. Г. Ретроспективное исследование факторов риска перелома бедра у женщин / С. Г. Аникин // Остеопороз и остеопатии. 2016.- №1. - С. 2-4.
2. Беляева Е. А. Факторы риска переломов шейки бедра у мужчин и женщин / Е.А. Беляева // Материалы Рос. конгр. по остеопорозу (Москва, 20-22 окт. 2013 г.). М.,2013.- С.55-56.- (Прил. к журн.: Остеопороз и остеопатии,-
3. Беневоленская Л.И. Остеопороз актуальная проблема медицины / Л.И. Беневоленская // Остеопороз и остеопатии. - 2018. - №1. -

В. Акименко

Руководитель: преподаватель Д.М. Дементьева

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

Тезисы

Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, которые требуют от них быстрой разработки и поиска методов диагностики и оказанием медицинской помощи больным с коронавирусной инфекцией, что также создало немало трудностей на пути разработок.

На основе проанализированной медицинской литературы и различных информационных ресурсов можно сделать вывод о том, что:

- заболеваемость коронавирусной инфекцией является глобальной проблемой



- Вопросы лечения, диагностики и профилактики стоят наиболее остро в нынешней эпидемиологической ситуации и требуют постоянных новых разработок и исследований.

При проведении работы были рассмотрены:

- Сущность заболевания COVID-19 и способы борьбы с ним;
- Наиболее частые клинические проявления заболевания и способы профилактики заражения короновиральной инфекцией;
- Рекомендации по уходу и лечению больных с короновиральной инфекцией;
- Обязанности медсестры в «красной зоне» и особенности ведения пациентов с диагнозом COVID-19.

В данной работе рассматривала функциональные обязанности медсестры при работе с пациентами с короновиральной инфекцией. Были приведены доводы по необходимости соблюдения режима прол-позиции для дальнейшего выздоровления, особенности течения заболевания и ухода необходимого пациенту. Было проведено анкетирование пациентов со сбором статистических данных для анализа течения заболевания у разных групп населения.

Несмотря на то, что появилось уже множество исследований, связанных с COVID-19, ситуация по заболеваемости и смертности остается по-прежнему напряженной и продолжает держать всех в напряжении, поэтому остается только наблюдать за достижениями науки в медицине и заботиться о своем здоровье насколько это в наших силах.

Можно сделать следующие выводы:

1. Изучила этиологию и патогенез новой короновиральной инфекции;
2. Изучила способы диагностики COVID-19;
3. Изучила клинические проявления и наиболее частые симптомы короновиральной инфекции;
4. Проанализировала различные источники медицинской литературы с рекомендациями по лечению новой короновиральной инфекции;



5. Изучила способы и меры профилактики COVID-19;
6. Определила роль медсестры по уходу за больными с новой коронавирусной инфекцией и изучила её обязанности;
7. Провела анкетирование с целью сбора данных для анализа и оценки проблемы заболеваемости коронавирусной инфекцией.

В.Арзуманова

Руководитель: преподаватель Д.М. Дементьева

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКИМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

Тезисы

1. Изучила клинические проявления отравления неизвестными наркотическими веществами.
2. Провела анализ медицинской литературы с целью изучения современных аспектов оказания неотложной медицинской помощи при отравлении неизвестными наркотическими веществами.
3. Провела анкетирование с целью сбора статистических данных для последующего анализа и оценки актуальности проблемы отравлений наркотическими веществами.
4. Определила роль медицинской сестры по вопросам оказания неотложной медицинской помощи при отравлении неизвестными наркотическими веществами.
5. Изучила основные аспекты деятельности медицинской сестры при отравлении неизвестными наркотическими веществами.

Проведя анализ научной литературы по вопросам диагностики, лечения и оказания неотложной медицинской помощи при отравлениях наркотическими и психоактивными веществами, в частности опиатами, следует отметить, что:



- интенсивная терапия является одной из ведущих специальностей медицинской науки, изучающей заболевания и состояния, для лечения которых активно применяются средства интенсивной и дезинтоксикационной терапии, как в лечебных, так и в диагностических целях;
- вопросам оказания неотложной помощи при отравлениях наркотическими и психоактивными веществами в медицинской литературе уделено большое внимание, написаны отдельные книги, статьи в журналах, проведен анализ различных исследований;

Рассматривая роль медицинской сестры в диагностике, лечении и оказании неотложной медицинской помощи при отравлении наркотическими и психоактивными веществами, можно отметить, что:

- в связи с тем, что основным методом лечения отравления наркотическими веществами является своевременное проведение дезинтоксикационной и интенсивной терапии, то и роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи имеет ряд своих специфических особенностей;
- работа в отделении интенсивной терапии проходит в условиях «повышенной готовности», где врачи и медицинские сестры никогда не уверены в том, что ждет через минуту. Промедление и некачественное оказание неотложной медицинской помощи может стоить пациенту здоровья, а в худшем случае жизни. Поэтому в данной работе важна профессиональная грамотность, психическая устойчивость, умение чётко и исполнять свои должностные обязанности в экстренных ситуациях.

Исходя из проведенного исследования, можно сделать следующее заключение:

- диагноз отравление неизвестными наркотическими веществами чаще встречается у лиц мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет;
- при отравлениях неизвестными наркотическими веществами наиболее важное значение имеет дезинтоксикационная терапия;



- исход данного диагноза в большинстве случаев благоприятен, но возможно развитие апаллического синдрома – вегетативного состояния организма;
- отмечается прямая зависимость исхода заболевания от времени начала лечения: чем позже – тем выше вероятность развития апаллического синдрома на фоне интоксикации организма;
- проблема отравлений наркотическими веществами была и остается актуальной, так как несет за собой неблагоприятные последствия и пагубно влияет на здоровье отдельных людей и общества в целом, причем в данный период времени ограничительные меры в сфере доступности наркотических веществ оказываются недостаточно эффективными.

Д.Хомутова

Руководитель: преподаватель Д.М. Дементьева

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Тезисы

Пороки сердца - стойкие неправильности в строении сердца, нарушающие его функцию. Различают врождённые и приобретённые. Врождённые пороки - результат нарушения формирования сердца и крупных сосудов в первую половину внутриутробного развития плода, чему способствуют интоксикации и некоторые заболевания матери в первую половину беременности, биологическое действие ионизирующих излучений, хроническая гипоксия плода. Приобретённые пороки клапанного аппарата сердца и магистральных сосудов - результат сердечных заболеваний после рождения, чаще всего ревмокардита, реже - атеросклероза, септического эндокардита, сифилиса. Они выражаются в недостаточности клапанов, не смыкающихся плотно в период их закрытия; в сужении (стенозе) предсердно-желудочковых отверстий или устьев магистральных сосудов; в комбинации этих пороков.



Большую роль играет лечебное питание.

Основная цель диеты при заболеваниях сердца - способствовать улучшению функции сердечно-сосудистой системы, почек, улучшить кровообращение, нормализовать обмен веществ.

В реабилитации больных с пороками сердца широко используются лечебная физическая культура (лечебная гимнастика в бассейне, дозированная ходьба), физиотерапевтические процедуры.

Средства лечебной физической культуры улучшают коронарное кровообращение и нормализуют процессы обмена, улучшают периферическое кровообращение и усиливают внесердечные гемодинамические факторы, повышают общий тонус больных, тренируют сердечно - сосудистый аппарат в целом и другие системы организма, оказывают психотерапевтическое воздействие.

Медицинская сестра принимает непосредственное участие в лечебном процессе и уходе за ребёнком. На основе сестринского ухода при организации и проведении занятий в специальной медицинской группе имеется положительная динамика процессов восстановления и повышения работоспособности, повышение уровня физической подготовленности и нормализация психоэмоционального фона детей.

Рекомендации:

1. Необходимо соблюдать строгий режим труда и отдыха, не допускать длительных и тяжёлых физических перегрузок.
2. Исключить психоэмоциональные нагрузки.
3. Немаловажное значение имеет диета, богатая полноценными белками (мясо, яйца, рыба, творог), свежими фруктами и овощами, в которых содержится калий и магний (сухофрукты, отвары из них).
4. Периодические осмотры ребёнка специалистом.
5. Регулярные осмотры врачом-педиатром.
6. Аккуратный приём назначенных лекарств.



7. Тщательный уход за зубами, так как кариозные зубы могут быть источником инфекции, и регулярные посещения стоматолога.

Е. Киселева

Руководитель: преподаватель Жерлицына Л.А.

ГМО В ЖИЗНИ СТУДЕНТА

На данном момент в мире происходит активное развитие технологий. В частности, развиваются биотехнологии. Относительно недавно люди научились изменять гены живых организмов, что способствовало открытию огромного простора для экспериментов.

Но развитие генной инженерии вызвало волнение общественности, ведь, как и у любой новой технологии, у генной модификации появились свои сторонники и противники.

Актуальность данного исследование состоит в том, что генно-модифицированные продукты уже поступают на полки магазинов. Общественное мнение по этому поводу неоднозначно, и у генной инженерии могут быть как положительные, так и отрицательные аспекты. Поэтому это исследование актуально.

Генно-модифицированные продукты в последние несколько лет являются самой излюбленной темой неутихающих дебатов. Одни говорят, что эти продукты представляют большую опасность для здоровья людей, другие, напротив, утверждают, что вред данных продуктов ни одним проведенным исследованием пока не доказан.

Гипотеза: генетически модифицированные продукты стали одним из достижений биологии XX века, но они небезопасны для человека и содержатся во многих продуктах.

Цель работы: изучить ГМО, возможности его использования в разных сферах деятельности. А также изучить возможный вред от использования ГМО.



Цель определила задачи проекта:

1. Узнать, что такое ГМО;
2. Изучить процесс создания ГМО;
3. Исследовать влияние ГМО на природу и человека;
4. Провести опрос, с последующим изучением результатов.

Объект исследования – продукты, содержащие генетически модифицированные продукты.

Предметом исследования является влияние ГМО на организм.

Что такое ГМО? Цели и методы создания

Генетически модифицированный организм (ГМО) — организм, генотип которого был искусственно изменён при помощи методов генной инженерии.

Это определение может применяться для растений, животных и микроорганизмов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) даёт более узкое определение, согласно которому генетически модифицированные организмы — это организмы, чей генетический материал (ДНК) был изменен, причём такие изменения были бы невозможны в природе в результате размножения или естественной рекомбинации.

Такие изменения производятся в научных или хозяйственных целях. Генетически модифицированный организм – это результат применения технологий генной инженерии, которые позволяют встраивать гены ДНК одного организма в другой с целью развития устойчивости растений к пестицидам, сопротивляемости вредителям, повышения урожайности и т. д. Донорами могут быть микроорганизмы, вирусы, другие растения, животные.

Основным методом создания ГМО, в частности растений, является использование трансгенов. Трансген - это ген, извлечённый из организма, для его последующего включения в генную цепочку другого организма. Для передачи трансгена используются векторы, вирусы или плазмиды молекулы нуклеиновой кислоты, чаще всего являющимися ДНК.



В настоящее время ГМО могут использовать: в фундаментальных и прикладных научных исследованиях. С помощью генно-модифицированных организмов исследуются:

- закономерности развития некоторых заболеваний,
- процессы старения и регенерации,
- в медицине и фармацевтической промышленности.

С помощью ГМО производится большое количество лекарств. В сельском хозяйстве с помощью генной инженерии выводят новые сорта растений, которые будут устойчивы к неблагоприятным условиям. В животноводстве ГМО позволяет создавать животных, у которых есть иммунитет к разным заболеваниям.

Вот примеры из американской практики:

1. Чтобы помидоры и клубника были морозоустойчивее, им «вживляют» гены северных рыб;
2. Чтобы кукурузу не пожирали вредители, ей могут «привить» очень активный ген, полученный из яда змеи;
3. Чтобы скот быстрее набирал вес, ему вкалывают измененный гормон роста (но при этом молоко наполняется гормонами, вызывающими рак);
4. Чтобы соя не боялась гербицидов, в нее внедряют гены петунии, а также некоторых бактерий и вирусов.

Соя — один из основных компонентов многих кормов для скота и почти 60% продуктов питания. В 70-х годах XX в. агрономы столкнулись с проблемой загрязнения агроэкосистем и окружающей среды химическими препаратами и пестицидами, которые используются для защиты растений от возбудителей болезней и вредителей. Нужно было искать принципиально новые подходы.

Генетическая модификация растений позволяет успешно бороться с этой проблемой. Трансгенные растения приобрели устойчивость к гербицидам, возбудителям болезней и некоторым вредителям, имеют



повышенные и улучшенные продуктивные характеристики, устойчивость к климатическим стрессам и др.

Американский инженер, учёный Пол Берг, смог соединить два чужеродных гена в один, который самостоятельно в природе никак образоваться не смог бы. Это дало *«зелёный свет»* для экспериментов с различными живыми организмами. Полученным трансгенетическим организмам стали давать различные названия: уже знакомое – *«ГМО»*, *«рекомбинантные»*, *«генно-инженерные»*, *«живые изменённые»* и даже *«химерные»*.

Однако учёной среде это открытие не принесло большой радости. Экспериментаторы стали задумываться над последствиями. И совершенно справедливо. Не был выяснен до конца уровень опасности созданных организмов. Как они поведут себя дальше в природе, обмениваясь *«химерными»* генами?

К чему это может привести? Сомнения были столь серьёзны, что учёные, в числе которых был и предприимчивый П. Берг, составили коллективный документ, с просьбой приостановить трансгенные разработки.

Напечатанное в СМИ прошение сделало своё дело, и проект был временно заморожен. Но история создания ГМО на этом не закончилась. Целых 3 года учёные разрабатывали правила безопасной работы с трансгенными организмами.

В 1976 году проект был разморожен и коллектив исследователей продолжил свою научную деятельность. Эксперименты не принесли никакого ущерба и некоторые меры предосторожности были упразднены.

Через 2 года Герберт Бойер открывает компанию, которая создаёт, трансгенный продукт, производящий инсулин человека. Спустя 14 лет, в 1992 году, в Китае приступили к выращиванию табака, устойчивого к насекомым.

Прошло ещё 2 года и в 1994 году, благодаря фирме *«Monsanto»* из США, появился первый трансгенный помидор, который был пущен «в



массы». Овощ не боялся транспортировок, мог сохранять презентабельный вид в течение 6 месяцев и созревать в помещении при повышении температуры воздуха до +23-25 °С. Именно 1994 год считают началом массового производства трансгенных продуктов питания.

Через год, в 1995 году, всё та же «*Monsanto*» всерьёз занялась выращиванием генно-модифицированной сои, не боящейся сорных трав. Затем пришёл черёд кукурузы, хлопка, табака, рапса, картофеля и остальных культур. Сейчас этой компании принадлежит 50% рынка трансгенных семян в мире.

Ещё через 4 года появился «*химерный*» рис. Количество фермеров, желающих заполучить «*не убиваемые*» овощи, росло в геометрической прогрессии. Первые трансгенные продукты были разработаны в США бывшей военной химической компанией Монсанто еще в 80-х годах.

На данный момент разработано более 120 видов трансгенных растений: соя, хлопок, тыква, огурец, перец, кукуруза, рис, дыня... Большинство этих культур в промышленных масштабах выращивают в США, Аргентине, Канаде, Франции, Южной Африке, Португалии, Австралии, Китае, Мексике, Испании, Румынии, Индии и Японии.

Влияние ГМО на человека и экологию

На данный момент ГМО используется для исследования некоторых заболеваний, таких как рак и болезнь Альцгеймера.

Так же генная инженерия используется и для лечения болезней, одной из таких является буллезный эпидермолиз – редкое заболевание, возникающее при произвольной мутации гена человека. При нём кожа и слизистые оболочки становятся очень чувствительными. При незначительных механических повреждениях образуются раны и пузыри. До использования технологий по изменению генов, болезнь считалась неизлечимой. Но с развитием технологий и медицины стало возможным спасти пациента с данным заболеванием.



Медики взяли клетки кожи пациента, с неповреждённых участков кожи, и изменили ген ответственный за болезнь. С помощью новых клеток медики создали ткани эпидермиса для пересадки. Спустя несколько операций по пересадки новой здоровой кожи и 21 месяц реабилитации пациент был признан полностью выздоровевшим.

Генно-модифицированные животные уже помогают в исследовании разных заболеваний, потому что можно получить сотни животных с одинаковым генетическим кодом, таким образом, сократив случайности к минимуму. Но главное, вводя животных «сломанный» ген, можно исследовать генетические заболевания. Особенно активно исследуются онкологические заболевания.

ГМО облегчили жизнь многих больных диабетом. С помощью выделения гена, производящего инсулин у человека, и введение его кишечной бактерии удалось создать перманентное лекарство от диабета. Конечно, введение человеку ГМ бактерий не вылечивает от болезни в привычном понимании, но оно позволяет отказаться от приёма инсулина вовсе или свести его приём к минимуму. Бактерия в кишечнике выделяет инсулин вместо человеческого организма, таким образом, снабжая организм таким необходимым веществом.

Самой амбициозной задумкой учёных и медиков является изменение гена человека. Планируется изменять ген человека на стадии развития плода в утробе матери, это позволит вылечить генетические заболевания. Но данная процедура связана с этическими трудностями. Убирая «сломанный» ген и заменяя его на здоровый, получаем ли мы нового человека? Этим и другими вопросами задаются противники генной инженерии.

Реальной проблемой, с которой сталкиваются учёные при разработке ГМО, является их влияние на окружающую среду. Учёных, как и активных противников ГМО волнует вопрос о переопылении трансгенных и диких видов.



Если при изменении растения в лаборатории учёные могут точно контролировать, какие гены передавать, то в условиях дикой природы контролировать процесс размножения растений невозможно. Это может привести к развитию гибридов с самыми разнообразными характеристиками. Но случаев перекрёстного опыления единицы, так как в большинстве, ГМР являются стерильными, то есть не могут воспроизводить потомство, что сводит на нет возможность передачи трансгенов.

Часто в СМИ говорят о «супер-сорняках», сорных растениях, которые приобрели гены устойчивости к гербицидам, что привело к их неконтролируемому распространению на полях. Такие сорняки действительно существуют, но приобрели они устойчивость к гербицидам не из-за генно-модифицированных растений, а из-за слишком большого объема используемых гербицидов. Сорняки, как и любой другой организм на земле приспосабливаются к окружающим условиям.

Опасность представляет необдуманное использование трансгенных растений. Выведя новый сорт растений, который, например, самостоятельно убивает определённый вид вредителей, вырабатывая свои токсины, можно истребить этот вид насекомого. Истребление одного вида на определённой территории может привести к нарушению структуры пищевой цепи, особенно это заметно в малых биоценозах. Это может привести к миграции и даже к локальному вымиранию нескольких видов животных и растений.

Но также ученые выделяют следующие риски потребления в пищу генетически модифицированных продуктов:

1. Ослабление иммунитета, аллергические реакции и метаболические расстройства, в результате непосредственного действия трансгенных белков. Влияние новых белков, которые продуцируют встроенные в ГМО гены, неизвестно. Показательным примером является попытка скрещивания генов бразильского ореха с генами соевых бобов - задавшись целью повысить питательную ценность последних, было увеличено в них содержание протеина. Однако, как выяснилось



впоследствии, комбинация оказалась сильным аллергеном, и ее пришлось изъять из дальнейшего производства. В Швеции, где трансгены запрещены, болеют аллергией 8% населения, а в США, где они продаются даже без маркировки, -- 70,5%. Также по одной из версий, эпидемия менингита среди английских детей была вызвана ослаблением иммунитета в результате употребления ГМ шоколада.

2. Различные нарушения здоровья в результате появления в ГМО новых, незапланированных белков или токсичных для человека продуктов метаболизма. Уже существуют убедительные доказательства нарушения стабильности генома растения при встраивании в него чужеродного гена. Все это может послужить причиной изменения химического состава ГМО. Независимые эксперты утверждают, что генно-модифицированные культуры растений выделяют в 1000 раз больше токсинов, чем обычные организмы.

3. Появление устойчивости патогенной микрофлоры человека к антибиотикам. В ЕС с декабря 2004 г. запрещена продажа ГМО с использованием генов устойчивости к антибиотикам. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует производителям воздержаться от использования этих генов. Риск таких ГМО, как отмечается в оксфордском Большом энциклопедическом справочнике, достаточно велик и «приходится признать, что генная инженерия не настолько безобидна, как это может показаться на первый взгляд».

4. Нарушения здоровья, связанные с накоплением в организме человека гербицидов. Большинство известных трансгенных растений не погибают при массовом использовании сельскохозяйственных химикатов и могут их аккумулировать. Есть информация о том, что сахарная свекла, устойчивая к гербициду глифосат, накапливает его токсичные метаболиты.

5. Уменьшение поступления в организм необходимых веществ.

По мнению независимых специалистов, до сих пор нельзя точно сказать, является ли состав обычных соевых бобов и ГМ-аналогов эквивалентным или нет. При сравнении различных опубликованных научных



данных выясняется, что некоторые показатели, в частности, содержание фитоэстрогенов, в значительной степени разнятся.

6. Нарушение естественного плодородия почв в связи с тем, что ГМ-растения в значительно большей степени, чем обычные, истощают почву и нарушают её структуру, а также негативно влияют на жизнедеятельность почвенных беспозвоночных, почвенной микрофлоры и микрофауны.

Опрос «Ваше отношение к ГМО»

Для того, чтобы узнать, как студенты относятся к ГМО, мы решили провести опрос среди студентов группы 16169 (Приложение 1), с последующим анализом результатов, представленных в Таблице 1.

Таблица 1

«Ваше отношение к ГМО»

Вопрос	Ответ, %
1. Знаете ли Вы, что такое ГМО?	Да-76% Нет-24%
2. Читаете ли Вы состав продуктов на упаковке при покупке?	Да-68% Нет-32%
3. Откажетесь ли Вы от покупки продукта, если он содержит ГМО?	Да-52% Нет-48%
4. Что Вы выберете, продукты без ГМО или продукты с ГМО, но с более длительным сроком хранения?	Без ГМО-64% С ГМО-20% Не знаю-16%
5. Вреден ли ГМО?	Вреден-60% Не вреден-12% Не знаю-28%

Результаты опроса

Итак, по результатам опроса, 76% опрошиваемых утверждают, что знают, что же такое ГМО.

68% ответили, что прежде, чем купить товар, читают его составляющие, но при этом 52% респондентов все же купят продукт, содержащий ГМО.

На вопрос: «Что Вы выберете, продукты без ГМО или продукты с ГМО, но с более длительным сроком хранения?» около 64% студентов дали ответ: «Без ГМО».



И подводя итог опроса, на вопрос: «Вреден ли ГМО?», 60% респондентов ответили, что вреден, 28%-в замешательстве, и 12% считают, что не вреден.

Заключение

Как показывает наша работа над проектом по биологии на тему "ГМО в жизни студента", хотим мы этого или нет, но ГМО стал действительно частью нашей жизни. Несмотря на возможные недостатки и не достаточное время для изучения последствий его применения оно будет все больше и больше применяться в сельском хозяйстве и пищевой промышленности, так как возможности и преимущества, которые предоставляет ГМО слишком велики. Хотя для большинства из нас ГМО является чем-то новым, и относимся мы к нему настороженно.

В ходе работы мы:

1. Узнали, что такое ГМО;
2. Изучили процесс создания ГМО;
3. Исследовали влияние ГМО на природу и человека;
4. Провели опрос, с последующим изучением результатов.

Список используемых источников

1. Гаппаров М.М., Сорокина Е.Ю., Тышко Н.В. Генетически модифицированные продукты. Мифы и реальность. /М.М. Гаппаров, Е.Ю. Сорокина, Н.В. Тышко. – Москва.: Здоровье, 2004. – 40 с.
2. Ермишин А.П. Генетически модифицированные организмы: мифы и реальность. /А.П. Ермишин, Минск.: Тэхналогія, 2004. – 118 с.
3. Панчин А.Ю. Сумма биотехнологии. /А.Ю. Панчин, Москва.: АСТ, 2019. – 432 с.
4. Эйзлер А.К. Европейское исследование: БАДы, витамины, ГМО, биопродукты. /А.К. Эйзлер. – Москва.: Эксмо, 2016. – 432 с.
5. https://ru.wikipedia.org/wiki/Генетически_модифицированный_организм
6. <https://trends.rbc.ru/trends/industry/608c0db79a7947d866061ddd>
7. <https://elar.usfeu.ru/bitstream/123456789/3918/1/GMO.pdf>



1. **Знаете ли Вы, что такое ГМО?**
 - 1) Да
 - 2) Нет
2. **Читаете ли Вы состав продуктов на упаковке при покупке?**
 - 1) Да
 - 2) Нет
3. **Откажетесь ли Вы от покупки продукта, если он содержит ГМО?**
 - 1) Да
 - 2) Нет
4. **Что Вы выберете, продукты без ГМО или продукты с ГМО, но с более длительным сроком хранения?**
 - 1) Без ГМО
 - 2) С ГМО
 - 3) Не знаю
5. **Вреден ли ГМО?**
 - 1) Вреден
 - 2) Не вреден
 - 3) Не знаю

Казак Дарья

Руководитель: преподаватель Л.А. Жерлицина

НИТРАТЫ В ОВОЩНОЙ ПРОДУКЦИИ

Нитраты — соли азотной кислоты, являются естественными соединениями и хорошо растворяются в воде. В природе распространены в виде минералов — натриевой и калиевой селитры. Основное применение селитра нашла в сельском хозяйстве. Здесь нитраты используются в качестве удобрений. Азот, который берут растения из соли, необходим им при построении клеток и создании хлорофилла. Кроме этого, из нитратов получают стекло, лекарства. Они идут на производство взрывчатых веществ,



пиротехнических средств, компонентов топлива для ракет. Их используют в качестве пищевых добавок при изготовлении колбас и других продуктов.

Попадая в организм человека, нитраты восстанавливаются до нитритов, которые приводят к образованию в организме метгемоглобина и нарушению транспортной функции крови, а также угнетению нервной системы и процессов тканевого дыхания.

Исследование овощей из магазинных прилавков и дачного участка.

Объект исследования: овощи из супермаркета, овощи с дачного участка.

Для того, чтобы определить наличие нитратов, мы:

1. приготовили 1% раствор дифениламина в серной кислоте;
2. на свежий срез образца наносили полученный реактив
3. отмечали характер окрашивания и делали выводы.

Результат:

1) На образцах с дачного участка наблюдалось едва уловимое нестойкое голубоватое окрашивание.

2) На образцах, купленных в магазине, наблюдалось интенсивно синее устойчивое окрашивание.

Вывод:

1) избыточное количество нитратов содержится в овощах, приобретенных в магазине. Это значит, что их употребление опасно для здоровья, т.к. образцы были выращены при использовании избыточного содержания азотных удобрений.

2) едва уловимое голубоватое окрашивание овощей, выращенных на дачном участке, указывает на то, что растению необходима дополнительная подкормка для роста и развития. И на данный момент такие овощи можно употреблять в пищу, не опасаясь за своё здоровье.

Рекомендации:



- 1) безопаснее для своего здоровья использовать в пищу овощи, выращенные на своем огороде, или дачном участке,
- 2) вносить азотные удобрения в почву в соответствии с инструкцией

Основные способы нейтрализации нитратов:

Очистка

Срезайте все шкурки, попки, хвостики и другие смущающие вас образования. Используйте только листья и выбрасывайте стебли. Полностью срезайте зелёные участки с картофеля и моркови. На 1,5 см с обеих сторон обрезайте огурцы, кабачки, баклажаны, томаты, лук и свёклу. Снимайте 4-5 верхних листьев с капусты, выбрасывайте кочерыжки.

Вымачивание в воде

Варка

При варке также уходит большое количество нитратов: до 80% из картошки, до 40% из свеклы, до 70% из капусты. Минус в том, что нитраты остаются в бульоне, поэтому первый бульон сливайте, причём горячим! При остывании все нитраты возвращаются из бульона обратно в овощи.

- **Закваска, засолка, консервирование овощей.**
- **Жарка, тушение и приготовление на пару.**
- **Варите и тушите овощи в посуде БЕЗ крышки!**

Старайтесь как можно реже использовать слишком жирные заправки для салатов – они способствуют превращению нитратов в нитриты.

В нарезанных продуктах при хранении (особенно в тёплом месте) тоже происходит преобразование нитратов в нитриты.

Заключение

В природе нет абсолютно чистых продуктов питания. Нитраты в окружающей среде были и будут. Все дело в том, сколько накапливается их в продуктах. Нам необходим такой уровень нитратов, который не представляет опасности для здоровья человека.



Из проделанной работы можно сделать вывод, что овощи купленные в магазинах превышает допустимые нормы по содержанию нитратов, чем выращенных на собственном огороде.

Проблема токсичного накопления нитратного азота в сельскохозяйственной продукции и вредного воздействия его на организм человека является одной из наиболее острых и актуальных.

Решением этой задачи заняты многие научно-исследовательские учреждения всего мира, но, несмотря на пристальное внимание к этой проблеме до сих пор радикального решения пока не найдено.

С.А. Баязитова

Руководитель: преподаватель ЦМК ОПД Ж.А. Шумилина

МЕЛАТОНИН И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО СНА И ОБУЧЕНИЯ

В настоящее время большой проблемой среди студентов является качество сна и его влияние на успеваемость. В век технологий, как бы не были полезны технические устройства, нельзя игнорировать факт негативного влияния гаджетов на организм человека. Наибольшему влиянию подвержены школьники и студенты. В результате нарушения сна, снижаются не только показатели успеваемости, но и состояние психического и физического здоровья. Снижается иммунитет и, как следствие, организм становится более подвержен воздействию факторов окружающей среды и заболеваниям.

Вышеперечисленные изменения связаны с выработкой гормона мелатонина.

Мелатонин – гормон сна – вырабатывается отделом мозга эпифизом при наступлении темноты. В течение суток наиболее высокий уровень мелатонина приходится на период с полуночи до 5 часов утра светового дня; в течение года уровень мелатонина повышается в зимнее время.

Гормон мелатонин был открыт американским дерматологом Аароном Лернером в 1958 году.



Мелатонин является основным гормоном эпифиза – шишковидной железы. Днём шишковидная железа вырабатывает серотонин, который является основой для выработки мелатонина. Серотонин известен как «гормон счастья и радости». Он вырабатывается только при солнечном свете с трансформацией аминокислоты триптофана, которая поступает к нам с пищей.

Мелатонин отвечает за сон. Он регулирует «внутренние часы» – циркадианные ритмы – и помогает всем системам организма перейти в режим отдыха. Циркадные ритмы – это суточные колебания биологических процессов. Главный циркадный режим – это период сна и бодрствования.

Циркадные ритмы влияют на обмен веществ, состояние температуры тела, сон и бодрствование, и даже сезонные расстройства личности. Биологические ритмы зависят от возраста людей и от состояния организма. При гипосекреции мелатонина у человека может развиваться бессонница, как следствие возникают нервные срывы, тревожность, чувство отчаяния и страха.

Так же мелатонин отвечает за работу головного мозга и пищеварительного тракта, делает иммунную систему эффективнее, замедляет процессы старения и блокирует развитие злокачественных опухолей. Свет понижает синтез ферментов, участвующих в выработке мелатонина, поясняет французский хронобиолог, профессор Иван Туиту (Yvan Touitou). Самый неприятный свет для этого процесса – синий, который исходит от смартфона, компьютера или телевизора.

Нарушение сна, в свою очередь, увеличивает риск ожирения, нарушения выработки инсулина и, как следствие, диабета второго типа, сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

В исследовательской части данной работы выявили влияние гаджетов на качество и продолжительность сна, общее самочувствие и успеваемость, в связи с условиями, непригодными для выработки достаточного количества мелатонина.



Объект исследования: студенты ГБПОУ СК «Ставропольского базового медицинского колледжа».

Ход исследования: в качестве респондентов были отобраны студенты одной группы в количестве 20 человек. Они были разделены на экспериментальную и контрольную группы. На протяжении десяти дней респонденты заполняли ежедневно анкеты с вопросами, касающимися качества сна. Основным условием для экспериментальной группы являлось исключение контакта с гаджетами во время подготовки ко сну и непосредственно перед сном. Контрольная группа должна была готовиться ко сну в привычной для них обстановке. По завершению исследования анализировались и сравнивались результаты с первичными ответами между экспериментальной и контрольной группами.

Анкета контроля качества сна

1. Время отхода ко сну:

- ☐ 21:00-23:00
- ☐ 0:00-2:00
- ☐ Позже 2:00

2. Продолжительность сна:

- ☐ 2-5 часов
- ☐ 5-7 часов
- ☐ 7-9 часов
- ☐ Более 9 часов

3. Самочувствие при пробуждении:

- ☐ Бодрое
- ☐ Нормальное
- ☐ Лёгкое чувство сонливости
- ☐ Сильное чувство сонливости

4. Испытываете ли вы дискомфорт при засыпании без гаджетов:



- Да
- Нет

5. Изменение успеваемости и запоминания информации к концу эксперимента:

- Показатели улучшились
- Остались прежними
- Ухудшились

6. Продолжили бы вы практиковать засыпание без гаджетов и после участия в исследовании

- Да
- Нет

Результаты показали, что в течение первых пяти суток испытуемые экспериментальной группы ощущали дискомфорт, испытывали проблемы с засыпанием, так как происходила адаптация к отсутствию гаджетов перед сном. Но на шестые сутки состояние дискомфорта при засыпании в данной группе у 80% не наблюдалось. А в контрольной группе 60% респондентов испытывали дискомфорт при засыпании, так как использовали гаджеты перед сном. Так же отмечалось более позднее отхождение ко сну. Тот же процент респондентов данной группы при пробуждении испытывали сильное чувство сонливости.

Продолжительность сна у 80 % увеличилась до 9 часов, после 5 суток с начала эксперимента в экспериментальной группе, так же пропало чувство сонливости при пробуждении.

У 10 % респондентов наблюдались трудности в засыпания при отсутствии гаджетов и по прошествии 5 суток. А у оставшихся 10 % (2 человека) не смогли в процессе эксперимента выполнить его главное условие.

У 70% улучшилось качество знаний и запоминания учебного материала.



У 90% отмечается увеличение интервала бодрствования от пробуждения до наступления утомляемости; улучшилось эмоциональное состояние – респонденты отметили снижение раздражительности, негативных эмоций; нормализовался аппетит – появилась потребность в завтраке.

В исследовании выявлено, что прекращение пользования гаджетами перед сном напрямую влияет на качество сна, а именно: время отхода ко сну, его продолжительность и чувство сонливости при пробуждении. Так же отмечается положительное влияние отсутствия гаджетов на психическое и физическое состояние в течение дня и качество усвояемости учебного материала. Следует отметить, что 50% респондентов экспериментальной группы хотели бы продолжить засыпать без гаджетов и после окончания исследования.

Исходя из данных, можно провести параллель между качеством сна и улучшением общего состояния организма, и успеваемостью студентов на занятиях. Не следует забывать, что качество сна зависит не только от времени отхода ко сну, но и от рациона питания, уровня физической активности, режима работы и отдыха, времяпрепровождения на свежем воздухе. Не стоит пренебрегать гигиеной сна, в особенности, когда это касается нашего здоровья.

Желательно помнить, что основное правило естественной выработки мелатонина – здоровый сон, продолжительность которого минимум 7 часов.

«Гормон сна» не накапливается в организме, каждый день происходит его синтез и расходование. Поэтому не получится «отоспаться на всю неделю». Отсутствие солнечного света нарушает естественную выработку мелатонина, необходимо обеспечить себе достаточное получение солнечного света днём. Самой эффективной мерой по нормализации мелатонина является режим дня, ранний отход ко сну без гаджетов и ранний подъём, продолжительность сна 7-9 часов, отсутствие ночных подготовок к занятиям.



Список литературы:

1. С. Леваков, Е. Боровкова Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Физиологическая роль и клинические эффекты мелатонина//Врач. – 2015. – №3. – С. 72-75.
2. Caniato R, Filippini R, Piovan A, Puricelli L, Borsarini A, Cappelletti EM (2003). Melatonin in plants. Advances in Experimental Medicine and Biology
3. Tosches M. A. et al. Melatonin Signaling Controls Circadian Swimming Behavior in Marine Zooplankton //Cell. – 2014. – Т. 159. – №. 1. – С. 46-57.
4. Ratzburg, Courtney (Undated). Melatonin: The Myths and Facts//Vanderbilt University. – 2007. – №12. – С. 2.

Нурманбетова Карина

Руководитель: преподаватель химии Женюх Н.Н.

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ТОК В ХИМИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ.

ХИМИЧЕСКИЕ ИСТОНИКИ ТОКА

Один из важнейших открытий в истории человечества стало изобретение электричества. И оно играет большую роль в жизни человечества.

Без него становится невозможной современная жизнь. Оно имеется почти в каждом доме и применяется для освещения, обмена информацией, приготовления пищи, обогрева, функционирования бытовых приборов. Также электроэнергия необходима для движения трамваев, троллейбусов, метро, электропоездов. Работа компьютера, сотового телефона тоже невозможна без электричества

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ТОК, упорядоченное (направленное) движение электрически заряженных частиц или заряженных макроскопич. тел. За направление тока принимают направление движения положительно



заряженных частиц; если ток создаётся отрицательно заряженными частицами (напр., электронами), то направление тока считают противоположным направлению движения частиц.

Довольно длительное время человечество обходилось без электричества, но когда оно стало служить людям, всё коренным образом изменилось.

Сегодня очень тяжело представить жизнь современного человека без электричества. Мы используем электричество в быту и на производстве, часто не задумываясь, откуда оно берётся, и что случится, если оно вдруг пропадёт. Электричество просто есть (должно быть) и используется в качестве источника энергии для работы различных приборов и устройств, которые в значительной мере облегчают жизнь людей. Следовательно, значимость электричества в современном мире просто сложно переоценить.

Конец XVIII века и начало XIX века можно характеризовать как время, когда изобрели электричество. Появление понятия тока. В 1821 году французский математик, физик и естествоиспытатель Андре-Мари Ампер в собственном трактате установил связь магнитных и электрических явлений, которая отсутствует в статичности электричества. Тем самым он впервые ввел понятие «электрический ток».

Химические источники тока (ХИТ) — устройства, позволяющие получать электрическую энергию за счет какой-либо химической реакции. В ХИТ переход химической энергии в электрическую осуществляется непосредственно без промежуточного образования тепловой и механической энергии, как это имеет место при использовании химической энергии горения топлива под паровыми котлами тепловых электростанций или в двигателях внутреннего сгорания.

Первый химический источник тока был изобретен итальянским ученым Алессандро Вольта в 1800 году. Это был *элемент Вольта* – сосуд с соленой водой с опущенными в него цинковой и медной пластинками, соединенными проволокой. Затем ученый собрал батарею из этих элементов, которая



впоследствии была названа Вольтовым столбом. Это изобретение затем использовали другие ученые в своих исследованиях.

По возможности или невозможности повторного использования **химические источники тока делятся на:**

1) гальванические элементы (первичные ХИТ), которые из-за необратимости протекающих в них реакций невозможно перезарядить;

2) электрические аккумуляторы (вторичные ХИТ) — перезаряжаемые гальванические элементы, которые с помощью внешнего источника тока (зарядного устройства) можно перезарядить;

3) топливные элементы (электрохимические генераторы) — устройства, подобные гальваническому элементу, но отличающееся от него тем, что вещества для электрохимической реакции подаются в него извне, а продукты реакций удаляются из него, что позволяет ему функционировать непрерывно.

Элемент Даниэля-Якоби. Гальванический элемент - химический источник электрического тока, основанный на взаимодействии двух металлов и (или) их оксидов в электролите, приводящем к возникновению в замкнутой цепи электрического тока. Способен преобразовать энергию химической реакции в электрическую.

Практическая часть:

Лимон-батарея - достаньте медную монету, лимон, оцинкованный гвоздь и медную проволоку. Сожмите лимон, чтобы он стал мягким. Затем сделайте два маленьких разреза и вставьте в них гвоздь и монету, присоединив к ним небольшие кусочки проволоки. Если лизнете проволоку, почувствуете легкий удар током.

В этой самодельной гальванической батарее покрытый цинком гвоздь действует как отрицательный электрод, а покрытая медью монета — как положительный. Электролитом является лимонный сок, его положительно заряженные ионы водорода взаимодействует с цинком.



Химические источники тока имеют огромное значение для развития науки, для освоения космоса, и развития общества. Наиболее перспективным типом ХИТ являются элементы с литиевым анодом. Значение химических источников тока очевидно, потому как мы используем их в повседневной жизни, трудно представить себе фотоаппараты, мобильные телефоны, карманные персональные компьютеры и т.п. подключенные к электросети, ограничивающие свободу человека. Современная наука стремится к созданию компактных и надежных приборов, сопровождающих человека в его жизни, ХИТ играют в это немаловажную роль.

Гусева

Руководитель: педагог-психолог Г.П. Женьюх

ПРОМЕЖУТОЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ КАК СТРЕСС-ФАКТОР ДЛЯ УЧАЩИХСЯ

В условиях обучения, действующих в настоящее время, согласно новым стандартам ФГОС особое внимание уделяется промежуточному тестированию как успешной и оперативной проверки результатов обучения. Но, как известно, каждый контроль-причина стресса для учащихся. Является ли уровень стресса, вызываемый данным оцениванием знаний, приемлемым, или значительно ухудшает результаты работы? Ответ на этот вопрос и является целью моего эксперимента.

Результаты этой работы необходимы для корректного оценивания полученных учащимися знаний. Далеко не каждый человек в условиях психологического давления способен совладать со своими эмоциями и продемонстрировать наилучший результат. По этой причине происходит ошибочное взвешивание, как работы преподавателя, так и способностей ученика.



Решение данной проблемы поможет сделать нашу систему образования более точной и плодотворной, а также устранил источник моральных потрясений и тревог у обучающихся.

Определение стресса.

Стресс (от англ. stress – нагрузка, давление, напряжение) – неспецифическая (общая) реакция организма на воздействие (физическое или психологическое), нарушающее его гомеостаз, а так же соответствующее состояние нервной системы организма или организма в целом.

Таким образом, это определение отражает то, что на каждое требование среды организм реагирует особым напряжением. Стресс воспринимается происходящим и возникает в момент наиболее сильной реакции, выходящей из-под контроля. Проблема стресса заключается в том, что подобное проявление может быть выражено неординарно, сдержанно или вовсе не проявляться. При этом, стресс является одной из наиболее распространенных причин неблагополучия, страданий и неудач любого человека.

Основными симптомами стресса являются

Когнитивные симптомы:

- Неспособность сосредоточиться и сконцентрировать внимание;
- Восприятие преимущественно негативных сторон бытия;
- Тревога или скачка мыслей;
- Затруднения в принятии решений;
- Трудности в освоении новой информации;
- Постоянное беспокойство;
- Кошмарные сны;
- Постоянное чувство вины;
- Неспособность к планированию своей жизни;
- Забывчивость, неорганизованность

Эмоциональные симптомы:

- Депрессия или ощущение отсутствия счастья;
- Низкая самооценка: "Я одинок, ничтожен";



- Ощущение перегрузки, потери контроля над своей жизнью;
- Частые слезы, мысли о самоубийстве как возможном отдыхе;
- Удручение;
- Апатия;
- Раздражительность, вспыльчивость;
- Ажитация, неспособность расслабиться.

Физические (соматические) симптомы:

- Нервозность, "трясучка";
- Слабость, утомляемость;
- Мышечные подергивания, тремор;
- Боли, гипертонус мышц, спазмы;
- Сухость во рту, затруднения глотания;
- Сжатие челюстей, скрежет зубов;
- Выпадение волос;
- Акне (гнойнички на коже);
- Сыпь на коже, зуд;
- Онемение частей тела;
- Приливы жара/холода;
- Потливость;
- Покалывания в различных частях тела;
- Снижения общего уровня энергии;
- Головные боли;
- Бессонница;
- Изжога;
- Панические атаки;
- Чувство тошноты;
- Учащенное мочеиспускание;
- Затруднение дыхания;

Поведенческие симптомы:

- Изменение аппетита;



- Чрезмерный или недостаточный сон;
- Социальная изоляция, отгороженность;
- Агрессивность, враждебность;
- Острые реакции даже на обычные стимулы;
- Оборонительное поведение или подозрительность;
- Обсессивное или компульсивное поведение;
- Нервное поведение (обгрызание ногтей, неусидчивость, постоянное движение);
- Потеря потребности следить за своей внешностью, быть пунктуальным;
- Заикание, быстрая или бормочущая речь;
- Прокрастинация, пренебрежительное отношение к обязательствам, безответственное поведение;
- Употребление алкоголя, сигарет, наркотиков для того, чтобы расслабиться;
- Ложь или постоянные оправдания с целью объяснения недочетов и провалов в работе;
- Увеличение количества мелких аварий или несчастных случаев, происходящих с человеком;
- Чрезмерное увлечение азартными играми, импульсивные и необдуманные покупки;

Люди реагируют на состояние стресса тремя различными способами.

1. *"Бей"*. Реакция на стресс в виде возбуждения, готовности к схватке, в виде агрессии с целью устранения источника стресса.

2. *"Беги"*. Замкнутость, депрессия, уход в себя или в свой мир, диссоциация как реакция на стресс.

3. *"Двойной" ответ*. Человек застывает в напряжении и не имеет способа его выразить. Способность к действию парализована, а внутри человек крайне напряжен.

В специализированной литературе можно встретить три различных подхода к определению и изучению стресса.

Теории стресса.



1. Генетически-конституциональная теория – способность организма сопротивляться стрессу зависит от генетически predetermined защитных стратегий функционирования (вне какой-либо зависимости от текущих обстоятельств и условий).

Исследования в данной области являются, по сути, попыткой установить связь между генетическим складом (генотипом) и некоторыми физическими характеристиками, которые, в целом, могут снизить общую индивидуальную способность сопротивления стрессу;

2. Теория / модель предрасположенности к стрессу основана на эффектах общего/перекрестного взаимодействия наследственных и внешних факторов среды. Согласно этой концепции, допускается взаимовлияние предрасполагающих и неожиданных факторов, сильных воздействий на развитие реакции напряжения и как следствие – стресса;

3. Психодинамическая теория (базируется на положениях Фрейда).

Методы исследования стресса.

Существуют различные методики, способы и технические устройства для регистрации и оценки эмоционального стресса, так называемые методы исследования стресса.

1. Тест Спилберга-Ханина

Шкала тревожности Спилберга была создана Ч.Д. Спилбергом и адаптирована Ю.Л. Ханиным для самостоятельного выявления уровня тревожности и его оценки. Результаты данного тестирования интерпретируются по трём уровням тревожности: низкий, умеренный, высокий.

Любая деятельность связана с возникновением тревожности, но её степень зависит уже от самой личности. Умение оценивать собственный уровень тревожности является неотъемлемым компонентом самоконтроля. Свой уровень тревожности крайне важно и нужно понимать, так как это может как поспособствовать, так и усугубить результаты тех, или иных действий.

2. Шкала Гамильтона



Шкала Гамильтона – это одна из самых распространённых и общепринятых методик диагностики депрессии и оценки её динамики, также используется для точной оценки уровня синдрома тревожности человека. Шкала интерпретирует результаты по пяти категориям: норма, лёгкое депрессивное расстройство, депрессивное расстройство средней степени тяжести, депрессивное расстройство тяжёлой степени, депрессивное расстройство крайне тяжёлой степени тяжести.

Данная методика получила самое широкое распространение в клинической оценке прогресса или ухудшения состояния пациента, также для оценки эффективности препаратов - антидепрессантов, в период клинических испытаний.

3. Шкала Цунга

Данная методика используется для самостоятельной доврачебной диагностики стресса. Она была разработана Уильямом Цунгом, доктором психиатром. Тест «Шкала Цунга» крайне чувствителен и специфичен, что позволяет избежать множество ошибок. Он позволяет определить степень депрессивного расстройства и уровень депрессии, отражая результаты на четыре диапазона: нормальное состояние, лёгкая депрессия, умеренная депрессия, тяжёлая депрессия. В России методика получила широкое распространение в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева Т.И. Балашовой.

4. Шкала Холмса и Рея

Шкала Холмса и Рея позволяет в совокупности рассматривать «картину» стрессов за год, прожитый пациентом. Она представляет собой шкалу из перечня произошедших травмирующих событий, ранжированных по баллам, определяющих степень стрессогенности. Данный метод интерпретирует результаты на три уровня стресса: низкий, средний и высокий.

Данный метод используется для выявления и оценки уровня стрессоустойчивости пациентов и позволяет определить вероятность



возникновения психических заболеваний (было установлено, что 150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-то заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%.)

5. Цветовой тест Люшера.

Тест Люшера основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.

Зарубежные психологи применяют иногда тест Люшера в целях профориентации при подборе кадров, комплектовании производственных коллективов, в этнических»; геронтологических исследованиях, при рекомендациях по выбору брачных партнеров. Значения цветов в их психологической интерпретации определялись в ходе разностороннего обследования многочисленного контингента различных испытуемых.

Стресс у подростков.

В соответствии с данными исследования, проводимого Американской Психологической Ассоциацией Стресса в Америке, уровень стресса у подростков примерно совпадает с уровнем стресса у взрослых. При этом, результаты этого исследования показывают, что подростки не только с трудом определяют, что их уровень стресса выше нормы, но также они недооценивают воздействие стресса на их собственное психическое и физическое здоровье.

Немного о стрессе в подростковом возрасте в цифрах:

В подростковом возрасте к самым распространённым источникам стресса относят:

- 1) школу (83%),
- 2) поступление в престижный ВУЗ или сам процесс выбора, чем заниматься после школы (69%)
- 3) финансовую ситуацию в семье (65%);



Многие тинейджеры жалуются на бессонницу (35%), переедание или употребление нездоровых продуктов (26%), пропуск приемов пищи (23%) из-за стресса в течение месяца;

40% подростков отмечают чувство раздражения или злости, 35% жалуются на чувство тревоги или нервозности, 36% говорят о состоянии усталости, 31% отмечает состояние перегруженности из-за стресса за последний месяц;

Больше четверти подростков говорят, что избегают общения или резко сокращают часы времяпрепровождения с одноклассниками и друзьями в связи с накопившимся за месяц стрессом. 51% тинейджеров говорит, что они чувствуют некое напряжение от стресса по крайней мере раз в месяц;

Подростки отмечают, что в течение академического года средний уровень их стресса достигает значения в 5,8 по 10-бальной шкале, по сравнению с показателем 4,6 в летний период.

Распространенные причины стресса у подростка.

Подростки разные и стресс может быть вызван различными факторами. Результаты исследования в Америке показывают, что в данном возрасте можно выделить некоторые общие причины возникновения стресса.

Социальный стресс.

Подростки большое внимание уделяют своей социальной жизни. Они проводят большую часть своего времени со сверстниками, и процесс поиска и идентификации себя в подростковом сообществе временами может быть связан с попаданием в стрессовые ситуации. Буллинг (школьная травля) и прочее агрессивное поведение не редкость в подростковой среде и являются очевидными источниками стресса. Но также к непростым жизненным задачам подросткового периода можно отнести столкновение с межличностными конфликтами, переживание первых романтических чувств и т.д. Оценка и отношение со стороны сверстников – дополнительный источник неприятных переживаний. В попытках установить и поддерживать



дружеские отношения, подростки часто выходят из своей зоны комфорта для того, чтобы сблизиться с другими людьми.

Разногласия в семье.

Все, что происходит с членами семьи, отражается на душевном состоянии подростка. Нереалистичные надежды, супружеские проблемы, напряженные отношения среди братьев и/или сестер (включая сиблинговый буллинг), болезни близких родственников, и финансовые сложности в семье – все это способно резко повысить уровень стресса в жизни подростка.

События в мире.

Перестрелки в школах, теракты, глобальные катастрофы волнуют родителей, но также могут быть источниками стресса у подростков. Данная возрастная категория обычно погружена в поток новостей, не меньше, чем их родители, а то и вовсе 24 часа в сутки. Все события, которые попадают в их поле зрения, в стране или в мире, заставляют подростка рефлексировать на разные темы, в том числе думать о своей личной безопасности и безопасности своей семьи.

Травматические события.

Смерть члена семьи или друга, несчастные случаи, болезнь или продолжительное эмоциональное/физическое насилие может сильно повлиять на уровень стресса у подростка. Также важно отметить, что не менее 10% подростков сталкиваются с сексуальными домогательствами на свиданиях.

Перемены в жизни.

Как и взрослые, подростки крайне чувствительны к переменам. Переезд, переход в новую школу, и перемены в семейной жизни (включая развод или появление новых членов в семье) могут спровоцировать повышение уровня стресса у подростка. Не имея опыта и навыка адаптации к жизненным изменениям, подобные перемены могут оказаться трудным испытанием для подростка.

Стресс от учебы.



От оценок на занятиях до баллов ЕГЭ, стресс от учебы сильно сказывается на жизни подростка. Многие переживают по поводу своей академической успеваемости, боятся, что не будут соответствовать ожиданиям родителей и учителей, и не хотят отставать от своих одноклассников. Неумение распределять свое время и большой объем заданий также отягощает стресс, который связан со школьной жизнью.

Исследование.

Для исследования уровня стресса, вызванного дифференцированным зачётом по математике, учащихся 1 курса ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» я использовала цветовую диагностику Макса Люшера. Все участники прошли тест в виде письменного опроса до и после дифференцированного зачёта по математике.

Тест Люшера основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности. Зарубежные психологи применяют иногда тест Люшера в целях профориентации при подборе кадров, комплектовании производственных коллективов, в этнических»; геронтологических исследованиях, при рекомендациях по выбору брачных партнеров. Значения цветов в их психологической интерпретации определялись в ходе разностороннего обследования многочисленного контингента различных испытуемых.

Характеристика цветов (по Максиму Люшеру) включает в себя 4 основных и 4 дополнительных цвета.

Основные цвета:

- 1) синий — символизирует спокойствие, удовлетворенность;
- 2) сине-зеленый — чувство уверенности, настойчивость, иногда упрямство;
- 3) оранжево-красный — символизирует силу волевого усилия, агрессивность, наступательные тенденции, возбуждение;



4) светло-желтый — активность, стремление к общению, экспансивность, веселость.

При отсутствии конфликта в оптимальном состоянии основные цвета должны занимать преимущественно первые пять позиций.

Дополнительные цвета: 5) фиолетовый; 6) коричневый, 7) черный, 8) нулевой(0). Символизируют негативные тенденции: тревожность, стресс, переживание страха, огорчения. Значение этих цветов (как и основных) в наибольшей степени определяется их взаимным расположением, распределением по позициям. Первый выбор в тесте Люшера характеризует желаемое состояние, второй — действительное. В зависимости от цели исследования можно интерпретировать результаты соответствующего тестирования.

В результате тестирования получаем восемь позиций; первая и вторая — явное предпочтение (обозначаются + +);

третья и четвертая — предпочтение (обозначаются x x);

пятая и шестая — безразличие к цвету (обозначаются = =);

седьмая и восьмая — антипатия к цвету (обозначаются — —)

На основании анализа более 36 000 результатов исследований М. Люшер дал примерную характеристику выбранных позиций:

1-я позиция отражает средства достижения цели (например, выбор синего цвета говорит о намерении действовать спокойно, без излишнего напряжения);

2-я позиция показывает цель, к которой стремится испытуемый;

3-я и 4-я позиции характеризуют предпочтение цвету и отражают ощущение испытуемым истинной ситуации, в которой он находится, или же образ действий, который ему подсказывает ситуация;

5-я и 6-я позиции характеризуют безразличие к цвету, нейтральное к нему отношение. Они как бы свидетельствуют, что испытуемый не связывает свое состояние, настроение, мотивы с данными цветами. Однако в определенной ситуации эта позиция может содержать резервную трактовку



цвета, например, синий цвет (цвет покоя) откладывается временно как неподходящий в данной ситуации;

7-я и 8-я позиции характеризуют негативное отношение к цвету, стремление подавить какую-либо потребность, мотив, настроение, отражаемые данным цветом.

Результаты тестирования.

Учащимся 1 курса ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» 16269 было предложено пройти тестирование на уровень тревожности по методу Макса Люшера до и после дифференцированного зачёта по математике. В итоге, после анализа полученных результатов, можно заметить, что уровень стресса у студентов изменялся по-разному (повышался\снижался) или вовсе оставался неизменным (Приложение 1).

Тестирование показало, что:

- У 48% участников исследования уровень стресса повысился до диф. зачёта.
- У 28% участников исследования уровень стресса не изменялся.
- У 24% участников исследования уровень стресса повысился после диф. зачёта.

Так как повышение тревожности и до, и после сдачи дифференцированного зачёта говорят о том, что студент находился в стрессовом состоянии во время проведения промежуточного тестирования, итоги работы следующие:

72% участников исследования подверглись стрессу, вызванному промежуточным тестированием по математике.

28% участников исследования не подверглись стрессу, вызванному промежуточным тестированием по математике.

Из полученных мною результатов можно сделать вывод о том, что итоговые работы являются стресс-фактором для школьников и студентов. У некоторых ребят частота проведения подобной оценки знаний вызвало



привыкание к промежуточному контролю, и их психика не воспринимает его как серьёзное потрясение.

Приложение 1.

№	Участники исследования	Итоги тестирования до диф. зачёта	Итоги тестирования после диф. зачёта	Вывод
1.	Амбарцумян С.	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Без изменений
2.	Андрющенко И.	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 4 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
3.	Бакатова М.	Показатель тревожности: 6 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
4.	Гаджаева М.	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Без изменений
5.	Гусева А.	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
6.	Джумагельдиева Ф.	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 4 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
7.	Жирова Л.	Показатель тревожности: 7 из 12 - состояние дезадаптации	Показатель тревожности: 6 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
8.	Исрапилов Р.	Показатель тревожности: 2 из 12 - незначительная тревожность	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Повысился уровень стресса
9.	Карданова С.	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Без изменений
10.	Кувандыкова К.	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Без изменений



11.	Лесниченко А.	Показатель тревожности: 8 из 12 - состояние дезадаптации	Показатель тревожности: 7 из 12- состояние дезадаптации	Снизился уровень стресса
12.	Менгалиев А.	Показатель тревожности: 6 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 4 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
13.	Омарова М.	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Без изменений
14.	Петухова Ю.	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 4 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
15.	Повелица К.	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 4 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
16.	Порощук Е.	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 4 из 12 - эмоциональная напряжённость	Повысился уровень стресса
17.	Саркисова В.	Показатель тревожности: 0 из 12 - незначительная тревожность	Показатель тревожности: 0 из 12 - незначительная тревожность	Без изменений
18.	Сухая С.	Показатель тревожности: 11 из 12 - психологический и физиологический стресс	Показатель тревожности: 7 из 12- состояние дезадаптации	Снизился уровень стресса
19.	Тхостова А.	Показатель тревожности: 10 из 12- состояние дезадаптации	Показатель тревожности: 9 из 12- состояние дезадаптации	Снизился уровень стресса
20.	Умаргаджиева А.	Показатель тревожности: 6 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Снизился уровень стресса
21.	Устинова А.	Показатель тревожности: 4 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 5 из 12 - эмоциональная напряжённость	Повысился уровень стресса
22.	Чичулина А.	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 3 из 12 - эмоциональная напряжённость	Без изменений



23.	Щербакова М.	Показатель тревожности: 4 из 12 - эмоциональная напряжённость	Показатель тревожности: 6 из 12 - эмоциональная напряжённость	Повысился уровень стресса
24.	Эбзеева С.	Показатель тревожности: 1 из 12 - незначительная тревожность	Показатель тревожности: 6 из 12 - эмоциональная напряжённость	Повысился уровень стресса
25.	Якубова С.	Показатель тревожности: 0 из 12 - незначительная тревожность	Показатель тревожности: 8 из 12- состояние дезадаптации	Повысился уровень стресса
Результаты группы		Эмоциональная напряжённость	Эмоциональная напряжённость	Уровень стресса повышается и снижается. Редко остаётся без изменений

И.Андрющенко

Руководитель: педагог-психолог Г.П. Женюх

ПРОБЛЕМЫ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В УЧЕБНОЙ ГРУППЕ

Никакая человеческая общность не может осуществлять полноценную совместную деятельность, если не будет установлен контакт между людьми, в нее включенными, и не будет достигнуто между ними должного взаимопонимания.

Природа межличностных отношений в любых общностях достаточно сложна. В них проявляются как сугубо индивидуальные качества личности, так и усвоенные личностью нормы и ценности общества. В системе межличностных отношений и совместной деятельности человек реализует себя, отдавая обществу воспринятое в нем. Поэтому особенно важно, чтобы эти отношения и совместная деятельность носили максимально плодотворный характер.



В последнее время, с притоком новых социальных взглядов, когда многое меняется, и нажитое за последние десятилетия, переходит в небытие, все более актуальным становится изучение психологической совместимости как социально-психологического феномена, связанного с оптимальностью межличностного взаимодействия, удовлетворенностью межгрупповым общением, эффективностью совместной деятельности. Изучение совместимости как системного (многоуровневого и многомерного) феномена, интегрирующего основные социально-психологические категории: малая группа, личность в группе, межличностные отношения, групповая деятельность, психологический климат группы позволяет уточнить исходные теоретические и методологические положения и получить новые данные, отражающие различные аспекты групповой психологии.

Особый интерес в данной связи представляет изучение степени влияния межличностной совместимости в учебной группе. Таким образом, изучение межличностной совместимости весьма актуально как для развития социально-психологического знания, так и для его практического применения в конкретных областях общественной практики.

В психологии категория личности относится к числу базовых понятий. Определение эффективных путей ее формирования невозможны без знания структуры личности и закономерностей ее становления.

Социализация личности представляет собой процесс формирования личности в определенных социальных условиях, процесс усвоения человеком социального опыта, в ходе которого человек преобразует социальный опыт в собственные ценности и ориентации, избирательно вводит в свою систему поведения те нормы и шаблоны поведения, которые приняты в обществе или группе. Нормы поведения, нормы морали, убеждения человека определяются теми нормами, которые приняты в данном обществе.

Термин «социализация» соответствует концепции, согласно которой человек (ребенок) изначально асоциален или его социальность сводится к потребности в общении. В этом случае социальность – процесс превращения



изначально асоциального субъекта в социальную личность, владеющую принятыми в обществе моделями поведения, воспринявшую социальные нормы и роли. Считается, что такой взгляд на развитие социальности характерен прежде всего для психоанализа.

Выделяют следующие стадии социализации:

- Первичная социализация, или стадия адаптации
- Стадия индивидуализации
- Стадия интеграции
- Трудовая стадия социализации
- Послетрудовая стадия социализации

Межличностные отношения как психолого-педагогическое явление.

Межличностные отношения — «система установок, ориентаций и ожиданий членов группы относительно друг друга, обусловленных содержанием и организацией совместной деятельности и ценностями, на которых основывается общение людей». В основе межличностных отношений лежат разнообразные эмоциональные состояния взаимодействующих людей.

Развитие межличностных отношений во многом обуславливается особенностями общающихся. К ним относятся пол, возраст, национальность и тд. Прежде чем испытать симпатию/антипатию, включиться в общение, человек сознательно или бессознательно познает другого человека. На основе подобного процесса может возникать взаимопонимание. Наиболее важными параметрами взаимопонимания людей являются адекватность и идентификация. Адекватность — это точность отражения одной личностью другой. Идентификация представляет собой внутреннее отождествление, уподобление человеку другому лицу (или объекту).

Экспериментальное исследование межличностных отношений в учебной группе.

Исследование проводилось в Ставропольском базовом медицинском колледже. Эмпирическая часть данной работы направлена на исследование



межличностной совместимости у подростков в учебной группе. Целью данной работы также является выявление взаимосвязей между индивидуальными особенностями личности, такими как: конфликтность, направленность личности и особенности построения межличностных отношений. А также анализ связи межличностной совместимости и психологического климата этой группы.

В данной работе применялась параметрическая процедура выбора, которая характеризуется ограничением числа ответов, с помощью чего снижается возможность случайного выбора. Испытуемый может выбрать только строго ограниченное число людей. Подобное ограничение заставляет испытуемых более серьезно и внимательно относиться к своим ответам, выбирать только тех людей, которые действительно считают подходящими для роли, предложенной в опросе.

Процедура проведения социометрии в данном коллективе проводилась по деловому критерию и была следующая:

Каждому респонденту предлагается ответить на вопросы приведенные в опросном листе по средствам выбора того или иного члена коллектива. Для нашего исследования были составлены вопросы приведенные в проекте.

По результатам, полученным в ходе проведения социометрии, была составлена социоматрица и сделаны необходимые расчеты для определения статуса каждого учащегося. Принцип соотнесения учащихся определенной группой основывается на количественных показателях статуса каждого члена группы.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что, система межличностных отношений и совместной деятельности является тем социальным пространством, в котором человек может реализовать себя, поэтому особенно важно, чтобы эти отношения и совместная деятельность носили максимально плодотворный характер, как в процессе, так и в окончательной цели. Но полноценная совместная деятельность не может осуществляться, без психологического контакта между людьми.



По результатам проведенного исследования можно сказать, что достигнута основная цель данной работы. Проведенная работа показала необходимость продолжения исследований в данной области, и позволила наметить их перспективные направления.

Кроме того анализ непосредственных результатов данного эмпирического исследования позволяет сделать следующие выводы. Индивидуальные показатели характеристик и направленностей личности обуславливают степень межличностной совместимости индивидуума, и как следствие влияют на уровень его срабатываемости, которая в свою очередь, при взаимодействии с аналогичными проявлениями других людей, влияет на формирование психологического климата коллектива, в котором они работают.

Ю.Петухова

Руководитель: педагог-психолог Г.П. Женюх

ПОДГОТОВКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ОСНОВЕ СЕНСОРНОГО ВОСПРИЯТИЯ

Каждый день мы, сами того не осознавая, можем воспринимать десятки, а иногда и сотни, новых ощущений. Мало кто уже даже просто задумывается над тем, что он вечно находится в процессе анализа новой информации, поступающей из вне. Однако вопрос, «Как создать самые благоприятные условия для получения знаний» остаётся открытым.

Не знание преобладающего типа восприятия обучающегося, зачастую, делает для него процесс получения знаний, который по идеи должен его мотивировать на получение чего-то нового, неприятной необходимостью.

Исследование на тип восприятия и формирование для него благоприятной среды, сделает процесс обучения легче и поможет заинтересовать детей и подростков учебой, а также в разы упростит работу преподавателя как в процессе обучения, так и при составлении учебного плана (в будущем может дать темы для новых социальных исследований.).



Методики на которых проводилось исследование: использована совокупность теоретических и экспериментальных методов исследования: анализ научной литературы по теме исследования, тестирование, метод статистической обработки данных, а также в основе тестирования лежит методика диагностики доминирующей перцептивной модальности С. Ефремцева.

Результаты, полученные в ходе исследования, могут быть использованы в последующих психологических и педагогических исследованиях, и могут помочь педагогам-психологам, при составлении их учебного плана и подготовке рабочего места.

Восприятие – это целостное отражение предметов, ситуаций, явлений, возникающих при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств. Восприятие даёт нам возможность получения целостной картины мира в отличие от ощущений, отражающих лишь отдельные качества реальности.

Верно полагать, что восприятие является простым суммированием отдельных ощущений. В процесс восприятия включаются психические процессы еще более высокого уровня, такие как память и мышление. Поэтому восприятие называют перцептивной системой человека.

Основные свойства восприятия можно разделить так:
Предметность восприятия – это способность отражения объектов и явлений не набором различных несвязанных ощущений, а в форме отдельных предметов. Предметность не является врожденным свойством восприятия, появление и развитие этого свойства начинает происходить с первого года жизни ребенка. Возможность предметного восприятия обусловлена наличием в процессе восприятия моторного компонента. Так, услышав звук или почувствовав запах, мы совершаем определенные ориентировочные движения в отношении его источника.

Дальнейшим свойством восприятия можно выделить **целостность**. В отличие от ощущения, отражающего отдельные свойства предмета,



восприятие дает целостный образ предмета, который создаётся на основе обобщения получаемой в виде различных ощущений информации об отдельных свойствах и качествах предмета. Компоненты ощущения крайне прочно связаны между собой, так единый сложный образ предмета возникает даже тогда, когда на человека непосредственно действуют всего лишь отдельные свойства или фрагменты объекта. При помощи целостности восприятия мы можем воспринимать три точки или три определенно лежащие линии как треугольник.

Помощью целостности восприятия выступает его **структурность**. Данное свойство заключается в том, что восприятие в большинстве случаев не является проекцией наших мгновенных ощущений и не является простой их суммой. Фактически мы воспринимаем абстрагированную от этих ощущений и обобщенную структуру, которая формируется в течение некоторого времени. Например, если человек слушает мелодию, то услышанные ранее ноты еще продолжают звучать у него в сознании, когда поступает информация о звучании новой ноты.

Следующим свойством восприятия выделяется **константность**. Константностью называется относительное постоянство некоторых свойств предметов при изменении условий их восприятия. Например, движущийся вдаль грузовой автомобиль будет нами по-прежнему восприниматься как большой объект, несмотря на то, что его изображение на сетчатке глаза будет значительно меньше, чем его изображение, когда мы стоим возле него.

Далее выделяется другое свойство, это его **осмысленность**. Хотя восприятие возникает при непосредственном действии раздражителя на органы чувств, чувственные образы всегда имеют определенное смысловое значение. Восприятие человека очень тесно связано с мышлением. Связь мышления и восприятия прежде всего выражается в том, что сознательно воспринимать предмет – это значит мысленно дать ему название, отнести к определенной группе, классу, связать его с определенным словом. Даже, если предмет нам не знаком, то мы пытаемся установить в нем сходство с



другими. Следовательно, восприятие не определяется просто набором раздражителей, воздействующих на органы чувств, а представляет собой постоянный поиск наилучшего толкования имеющихся данных.

Однако, восприятие зависит не только от характера раздражения, но и от самого субъекта. Воспринимают не глаз и ухо, а конкретное живое существо. Поэтому в восприятии всегда сказываются особенности личности. Зависимость восприятия от общего содержания нашей психической жизни называется апперцепцией. При восприятии активизируется прошлый опыт так, один и тот же предмет может по-разному восприниматься различными людьми. Существенное место в апперцепции занимают установки и эмоции, которые могут изменять содержание восприятия. Так, мать спящего ребенка может не слышать шума улицы, но мгновенно реагирует на любой звук, доносящийся со стороны ребенка. Например, прослушивание лекции или чтение книги отвлекает внимания от того, что происходит вокруг того на чем происходит концентрация.

Но это не единственное деление восприятия. Так же его можно разделить на основные каналы получения информации: визуальное восприятие, аудиальное восприятие, кинестетическое восприятие (вкусное, тактильное, обонятельное). У каждого человека есть свой предпочитаемый канал для приёма информации, её переработки и её выдачи, который именуется модальностью.

В психологии выделяют три основных модальности:

- **Визуальная.** Восприятие мира у этих людей в основном происходит за счет получения информации зрительным путем. Запоминание изображений дается им лучше всего, но по исследованию Улановой Т.В. было выявлено, что среди людей, являющихся преимущественно визуалами, преобладает кратковременная память над долговременной. Это говорит о том, что визуалам легко запомнить информацию в короткие сроки, но сложнее сохранить её на долгий срок и использовать в нужный момент.



- **Аудиальная.** Восприятие мира этих людей в основном заключается в получении информации о мире за счет звуков. Так же исходя из исследования Улановой Т. В. можно выявить, что у испытуемых с доминирующим аудиальным типом преобладают низкий и средний уровни кратковременной памяти, но в то же время у них преобладает средний уровень долговременной памяти, что помогает им лучше усваивать информацию, столь распространенным методом обучения, лекцией.
- **Кинестетическая.** У этих людей, восприятие происходит за счет тактильных ощущений (запахов, вкуса, осязания и т.д.). Очень хорошо применяют знание теории на практике, так как преимущественно высокий уровень долговременной памяти преобладает над распространенным среди них средним уровнем кратковременной памяти.

Процесс обучения представляет, как для человека, так и для человечества в целом, глобальную значимость. Являясь по определению существом биосоциальным, человек, в отличие от животного, стремится к получению знаний о мире и о себе самом. Однако, объем всей информации, полученной человечеством за тысячелетия, очень проблематично усвоить. Давайте рассмотрим, что из себя представляет обучение и как мы воспринимаем мир, чтобы понять, что может сделать учебу комфортней.

Как было описано в предыдущих главах, изначально мир мы воспринимаем через ощущения, так мы первоначально получаем информацию. Способы получения информации определяют как она будет сформирована и использована в будущем.

Процесс познания и обучения человека можно условно разбить на этапы:

Первый- чувственный процесс познания, представляющий собой получение информации при помощи органов чувств (Зрение, слух, осязание, вкус, обоняние)



Второй- логический процесс познания, представляет собой получение информации с использованием логических суждений, для выделения какого-либо понятия и формирования логической цепочки.

Процесс обучения, строится на раскрытие ведущего сенсорного канала восприятия. С возрастом личность формирует свою картину мира именно основываясь на опыте, полученном от чувственного восприятия. Определив канал, по которому лучше усваивается информация, можно в разы ускорить процесс обучения.

Разнообразие информации так же очень положительно влияет на способность к её восприятию. Чем больше человек в течении жизни получает информации, тем больше он развивает свои способности в различных сферах деятельности.

На данный момент учеными доказано, что существует функциональная асимметрия полушарий головного мозга, откуда идет гипотеза об ответственности каждого полушария за определенные психофизические процессы.

По данной гипотезе:

- Левое полушарие считается ответственным за аналитические способности, дедукцию, факты, данные, произвольное внимание, цифры, конечный продукт, структура, логика, воля, математические модели, самоконтроль, целесообразность, последовательность решения задач, вербальный (словесный) язык, планирование, любовь, альтруизм, ответственность и т.д.,
- Правое полушарие считается ответственным за идеи и чувства, дивергентное (от частного к общему) глобальное мышление, процесс (а не результат), использование опыта, обучение через образы, интуицию, медитацию, запоминание лиц, спонтанность, фантазию, пространственное представление, восприятие звуков и шумов. творчество и т.д.



В процессе организации учебной деятельности необходимо уметь пользоваться информацией не только из гипотезы о межполушарной асимметрии, но и об особенностях сенсорного восприятия. Мы уже сказали, что информация, воспринимаемая в процессе обучения, поступает к нам в виде образов, звуков и ощущений (обоняние, осязание, вкус).

По признаку предпочитаемой модальности к правополушарному типу людей можно отнести визуалов (преобладает зрительное восприятие) и кинестетиков (преобладают вкусовое, обонятельное, осязательное, мышечное восприятие), а к левополушарному типу – аудиалов (преобладает слуховое восприятие).

Важно правильно сформировать мотивацию для учебной деятельности. Мотивация является одним из основных факторов обучения, которая помогает определиться с подходом к ученикам или к самому себе.

Успех, связанный с мотивационной сферой, в большей степени определяется психологическими аспектами личности человека. Для людей, у которых (по гипотезе о влиянии асимметрии) преобладают качества **правополушарного типа** необходимо делать упор на престижность положения в коллективе, социальную значимость данного вида деятельности, авторитет, так как у них высоко выражена потребность к самореализации в личностном плане. Мотивы, побуждающие изучать что-то, у такого человека в большей степени связана со становлением как личности, со стремлением к самопознанию, с желанием разобраться во взаимоотношениях людей, понять принципы убеждения других людей, осознать свое положение в мире. Большой интерес у таких обучающихся вызывает эстетическая сторона предметов. Для них характерна ориентация не на знания, а на высокую оценку и похвалу от других после обучения.

Для формирования мотивации к учебной деятельности тех, у кого преобладают качества **левополушарного типа**, необходимо делать упор на познавательные мотивы. Таких людей привлекает сам процесс усвоения знаний и их глубина. Для них свойственна высокая потребность в



постоянной умственной деятельности. Социальным мотивом является мотив продолжения образования. Занятия различными науками рассматриваются как средство для развития собственного мышления. Для них наиболее значимым будет является качество знания, а не балловая оценка воспринятой информации.

Не менее важно сформировать мотивацию на сенсорном и биохимическом уровнях.

Так, для наиболее лучшего восприятия правополушарными обучающимися, информации с внешнего носителя (конспекты, классные доски и т.д.) лучше подходит сочетание тёмных записей на светлом фоне. Для левополушарных обучающихся наиболее информативным будет сочетание светлых записей на тёмном фоне.

Правополушарные люди куда лучше воспринимают низкие (мужские) голоса, а левополушарные более расположены к высоким (женским) голосам.

Как показали современные исследования, обработка всей эмоциональной и познавательной информации имеет биохимическую природу. В организме происходит выброс определенных химических веществ.

Если обучение протекает на фоне естественного познавательного интереса и положительных эмоций, то начинается выработка таких веществ, как ацетилхолин, интерферон и интерлейкины. Они активизируют процесс усвоения информации, а также делают мышление и запоминание более результативными.

Если обучение построено на негативных эмоциях, принуждении и создает ситуацию стресса, то начинают образовываться такие химические вещества как адреналин и кортизол. Они значительно снижают способность к обучению и запоминанию. В данном случае образование превращается в «натаскивание» обучающегося.

Следовательно, формированию учебной мотивации у человека необходим высокий уровень положительных эмоций. По этой причине,



познавательный процесс должен быть увлекательными и захватывающими. Необходимо создавать ситуации радости и успеха во время обучения, для активизации мотивации на биохимическом уровне.

Сферы применения исследования сенсорного восприятия: Медиа, маркетологи, крупные компании и т.д., всегда изучают как лучше воздействовать на потенциального покупателя. Так, в наше время особенно популярным стало направление сенсорного маркетинга. Сенсорный маркетинг - это форма продвижения товара / услуги, которая работает непосредственно на подсознание получателя и его чувства. Есть несколько примеров, как на упомянутые выше каналы восприятия влияют те, кто заинтересован в продаже товара:

- Влияние на зрительное восприятие

Глаза в восприятии играют определяющую роль, они передают около 60% всей информации. Это приоткрывает и секрет популярности визуального контента. Мы выбираем одежду, которая нравится, иногда не взирая на ее удобство, практичность и сочетание с остальным гардеробом. То же самое относится к внешней упаковке любого продукта. Можно сколько угодно упрекать в однотипности дизайнеров, которые используют преимущественно белый и красный в оформлении, но именно эти цвета настраивают на доверительный лад и располагают к решительным действиям.

- Влияние на восприятие звука

Звук способствует повышению узнаваемости бренда аналогично тому, как мы используем речь для установления и выражения своей идентичности. Он массово практикуется в маркетинге уже с момента изобретения радио и телевидения. Сегодня звуковое сопровождение (слоганы, внутренняя лексика) – отдельная статья расходов брендов. Музыка тоже располагает к активным действиям. Энергичная мелодия оказывает стимулирующее воздействие на сенсорную систему и даже перегружает ее. Находясь под впечатлением от воздействия, человек ослабляет самоконтроль и, желая



резких перемен, импульсивно тратит больше. Спокойная. фоновая музыка тоже располагает к покупкам, но не через резкие позывы, а через длительность пребывания в заведении.

- Влияние на тактильное восприятие

Американские исследования доказали, что приятный тактильный опыт заставляет мозг вырабатывать окситоцин – гормон радости. Аналогично вкусовому маркетингу тактильность не доступна на расстоянии, но можно продумать упаковку так, чтоб у покупателя была возможность потрогать продукт. Многие компании предлагают бесплатную доставку пробных экземпляров, чтобы человек мог в реальности оценить его. К тактильному маркетингу могут присоединиться консультанты или работники, заключающие сделку, через рукопожатия или как бы нечаянные прикосновения. Они вызывают ощущение безопасности, потому клиенты тратят больше денег. Кресла в ресторанах и театрах тоже неспроста делаются мягкими и с приятной текстурой.

- Влияние на вкусовые рецепторы

Вкус считается самым интимным и потому трудным для удовлетворения извне чувством. По данным исследований, вкусовые предпочтения на 78% обусловлены генетически. Одна шведская сеть супермаркетов стала делать наборы *«пробников»* продуктов и раздавать их покупателям из-за чего покупательская способность выросла по сравнению с предприятиями, которые сенсорный маркетинг не задействовали. Дегустации тоже можно использовать как средство воздействия.

- Влияние на обоняние

Современные маркетологи, отталкиваясь от результатов исследований, согласно которым запахи больше других чувств связаны с эмоциями, создали понятие *«парфюмерия для мозга»*. Список ароматизированных продуктов, которые они предоставляют, варьируется от самолетов до туалетной бумаги.

Системы кондиционирования и ароматизации воздуха находятся в домах, отелях, учреждениях здравоохранения и розничных магазинах.



Исследователи по маркетингу ароматов выделяют группы самых эффективных запахов. Например, лаванда, базилик, корица, цитрусовые расслабляют, а мята, тимьян и розмарин бодрят. Имбирь, кардамон, лакричник и шоколад, как правило, возбуждают романтические чувства, а роза вызывает ощущение счастья. Не только маркетинг взял на вооружение сенсорное восприятие. Влияние на визуальное восприятие постепенно проникает в современную архитектуру. Человек не может игнорировать факта чувственного и эмоционального освоения всего нового, в том числе создаваемой архитектором искусственной среды. Ощущение баланса, гармонии, эстетического и информационного наполнения от полученного впечатления определяет характеристику данного пространственного решения и качества архитектуры в целом, и является бессознательным моментом удовольствия, безразличия или их категорического неприятия.

А влияние на людей при помощи звуков, уже давно применяется в медицине. Музыкотерапия — психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве средства лечения. Значительная часть ученых считают музыкотерапию вспомогательным средством психотерапии, средство специфической подготовки пациентов к использованию сложных терапевтических методов. Существует даже отдельное направление биологии — биомузыкалогия. Оно выявляет, как звуки воздействуют на живой организм. 90% хирургов слушают музыку при проведении операции. Это создаёт более спокойную атмосферу, помогает справиться со стрессом. Из музыкальных жанров хирурги предпочитают рок, поп и классику.

Сегодня ароматерапия является одним из популярнейших и быстро развивающихся направлений нетрадиционной медицины. Она безвредна и проста в применении. Знаменитые на весь мир благовония из восточной медицины помогают ощутить расслабление во время изнурительных тренировок в спортзале и скрыть неприятные запахи. Чем часто пользуются для занятий, направленных на разминку. Так же, влияя на обоняние можно



привлечь внимание собеседника, чем не редко пользуются при проведении переговоров.

Знание о методах специального воздействия на восприятие определенных факторов, очень может помочь организовать учебный процесс. Информация, получаемая через органы чувств, превращается в сознании в образы, а образы отсылают к эмоциям. И, обычные предметы и места становятся воплощением сытости, уюта, праздника – как правило, того, в чем мы особо в конкретный момент нуждаемся. Влияя на преимущественно развитый тип восприятия можно задать настрой обучения и помочь информации усвоиться. Подкрепляя информацию приятными ассоциациями.

Влияние на каждый сенсорный канал восприятия

Влияние цвета на человека:

- Красный цвет - возбуждающий активный, энергичный, теплый, активизирует все функции организма на короткое время увеличивает мускульное напряжение, повышает кровяное давление, ускоряет ритм дыхания, но злоупотребление им может вызвать раздражение.
- Оранжевый - тонизирующий; действует в том же направлении, что и красный, но слабее; ускоряет пульсацию крови, улучшает пищеварение.
- Желтый (самый светлый в спектре) - тонизирующий, физиологически оптимальный, наименее утомляющий; стимулирует зрение и нервную деятельность.
- Зеленый - физиологически оптимальный; уменьшает кровяное давление и расширяет капилляры; успокаивает и облегчает мигрени и на продолжительное время повышает двигательно-мускульную работоспособность, является самым привычным для органа зрения.
- Голубой - успокаивающий; снижает мускульное напряжение и кровяное давление, успокаивает пульс и замедляет ритм дыхания.



- Синий - успокаивающее действие перерастает в угнетающее; способствует затормаживанию функций физиологических систем человека.
- Фиолетовый - угнетающе действует на нервную систему.

Влияние музыки на человеческий организм:

Классическая музыка- Способствует усвоению знаний. Для человека классическая музыка имеет умиротворяющие, успокаивающие и вдохновляющие действие. Она повышает настроение и стойкость духа. Она же считается самой полезной по своему воздействию на слушателей. Проведенные исследования показали, что творения определенных композиторов стимулируют конкретные реакции у большинства испытуемых. К примеру, Бах и его *«Итальянский концерт»* снижает отрицательные эмоции злости и обиды. Чайковский и Бетховен написали шедевры, которые способствуют здоровому сну, снижают нервозность. Моцарт и его творения могут помочь в борьбе с раздражительностью и головной болью.

Рок-музыка- отличается тем, что имеет стрессовое воздействие на организм. Характеризуясь большим количеством высоких и низких звуков, эта музыка имеет негативное влияние на здоровье человека, на его психическое состояние. После долгого прослушивания тяжелого рока, человек теряет способность правильно мыслить.

Повышают эмоции – как отрицательные, так и положительные. Рок заряжает энергией, однако нарушает внутреннюю уравновешенность и искривляет ритмы.

Исследования воздействия рока на психологическую составляющую человека выявили, что темп и однообразие многих творений дают негативные последствия.

Поп-музыка- имеет разное воздействие на настроение человека. Одного она может успокаивать, дарить радость, другого - раздражать, утомлять. Учеными было доказано, что поп-музыка негативно отражается на



способности человека к запоминанию. Учеными подтверждено, что поп музыка оказывает отрицательное воздействие на память и внимательность из-за монотонности ритма.

Рэп- порождает ощущение злости. Однообразие рэпа может стать основой раздраженности, злости, снижения настроения и общего эмоционального тонуса.

Блюз- хорошо действует на эмоции, успокаивает, снижает нервозность.

Джаз – нарушает внутреннюю слаженность. Джаз является музыкой, которая оказывает скорее отрицательное воздействие.

Рэгги - музыка отличного настроения, увеличивает эмоциональную активность, не порождает озлобленность или злость.

Современная клубная и электронная музыка- снижают способность к обучению, отрицательно воздействует на умственные способности. Иногда увеличивает нервозность и напряжение.

Музыка в жанре «соул»- напоминает о чувствах, зачастую внушая хандру, тоску, меланхолию.

Народная музыка, фолк – увеличивает общую эмоциональную активность, дает приподнятое расположение духа.

Влияние на кинестетическое восприятие:

А) Влияние на обоняние:

- Запах цитрусовых - повышает продуктивность и спокойствие
- Апельсин - понижает тревожность
- Грейпфрут- увеличивает энергию
- Лимон – улучшает когнитивные функции, а также уменьшает тревогу и депрессию
- Ваниль - имеет сильный расслабляющий эффект
- Мята перечная- повышает физическую энергию и бдительность
- Кедр - снимает напряжение
- Лаванда - способствует снятию напряжения и сну
- Жасмин - улучшает сон и снимает тревожность



- Розмарин- улучшает долговременную память и повышает настроение
- Корица - повышает творческие способности
- Ладан- уменьшает тревогу и депрессию
- Иланг-иланг - уменьшает стресс и способствует спокойствию
- Герань – уменьшает стресс
- Бергамот- уменьшает беспокойство
- Ромашка – способствует спокойствию и релаксации
- Валериана - уменьшает беспокойство и улучшает сон
- Шоколад – увеличивает тета- волны (особо активные в период медитации) мозга и способствует релаксации

Б) влияние на вкусовые рецепторы:

Семена тыквы, миндаль, листовая зелень. Зелень и семена тыквы по праву могут называться кладезем магния. А этот минерал известен своим благотворным воздействием на нервную систему. Кроме того, миндаль и тыквенные семечки повышают в организме уровень триптофана и гамма-аминомасляной кислоты – веществ, незаменимых для успокоения.

Спаржа, горох, фасоль, яичные желтки, шпинат, семена подсолнечника, рыба, красное мясо, домашняя птица. Исследователи говорят, если желаете почувствовать себя более счастливыми, добавьте в свой рацион побольше пищи, содержащей фолиевую кислоту.

Листовая зелень, орехи, бобовые, яйца. Эти продукты содержат большое количество витаминов из группы В, необходимых для продуцирования серотонина – гормона, отвечающего за успокоение и снижение беспокойства.

Лук, листовой салат, томаты. Хром, содержащийся в этих продуктах, необходим для производства инсулина, который регулирует уровень сахара в крови. Поддержание сахара в равновесии – это ключ к стабильному настроению



Рыба, семена льна, некоторые масла. Омега-3 жирные кислоты, которые содержатся в большом количестве в морской рыбе, семенах льна, масле из конопли и авокадо, могут защитить от депрессии.

Устрицы, мидии, осьминоги, печень, шпинат и другие листовые овощи- это белковая пища

Авокадо, бананы, бобы, птица- эти четыре продукта содержат тирозин, который необходим для синтеза дофамина и норадреналина. Наличие этих гормонов в организме в достаточном количестве делает человека более внимательным и бдительным.

Семена, орехи, бобы- продукты, содержащие цинк, обладают свойствами антидепрессанта, а люди, пребывающие в состоянии душевного равновесия, как правило, более внимательные и сконцентрированные, нежели в состоянии депрессии.

Вода- Обезвоживание также может привести к нарушению внимания. Поэтому для поддержания концентрации полезно ежедневно выпивать не меньше 8 стаканов воды.

Ромашковый чай с ломтиком лимона. Травяные чаи – одно из лучших натуральных успокоительных, а витамин С, содержащийся в лимоне, помогает надпочечникам и иммунной системе справляться со стрессами.

Морепродукты, красное мясо, цельные зерна, бобовые- это продукты содержат внушительные запасы селена, который устраняет тревогу и облегчает последствия депрессии

Влияние на осязание:

Температура помещения тоже является немаловажным фактором, однако идеального температурного баланса для большого количества обучающихся почти невозможно. Поэтому оптимальным будет поддержание средней температуры помещения.

Прикосновения. Данный вид осязательного воздействия может иметь как положительный, так и отрицательный эффект. Если нет видимых отторжений телесного контакта, то можно попробовать расположить к себе



человека при помощи незначительных касаний, они могут расположить к себе оппонента, если в этом есть необходимость. Лучше всего применять во время индивидуальной беседы. Тактильное ощущение тепла дает аналогичное чувство с психологической точки зрения. В грустные и одинокие моменты нам не просто так хочется обхватить двумя руками кружку горячего чая, закутаться в одеяло или надеть свитер. Нам намного комфортнее, когда при рукопожатии чувствуется теплая ладонь, при объятиях — тепло тела.

Материал-мебели. Внешние факторы тоже могут как располагать к обучению, так и наоборот. Мягкая мебель делает человека более свободным и спокойным, а твердая заставляет быть внимательным и сосредоточенным.

Исследование включило в себя несколько этапов:

- Подбор методики исследования
- Применение методики
- Математический анализ и обработка данных
- Оформление результатов методики после обработки
- На основе результатов сформировать позицию и рекомендации.

Когда передо мной встал вопрос как можно улучшить обучаемость посредством внешнего влияния, я решила узнать какая модальность преобладает у учащихся в группе 16269. Исходя из модальностей можно предположить оптимальный вариант для всех. Для определения ведущего типа восприятия хорошо подходит *«Методика диагностики доминирующей перцептивной модальности (С. Ефремцева)»*. Стимульный материал представляет собой 48 вопросов, на которые учащиеся отвечают «да», «нет»

Все результаты испытуемых обработаны в соответствии с ключом. Подсчитано общее количество баллов по всему опроснику. Наибольшее количество баллов определяет ведущий канал восприятия, переработки и хранения информации. Данная методика, на мой взгляд, хороша тем, что достаточно информативна для данного исследования, а так же легка в проведении и при обработке данных.



Результаты тестирования

Учащимся 1 курса ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж», группе 16269 было предложено пройти тестирование на выявление перцептивной модальности учащегося по методике С.Ефремцева приведенном в приложении 1. Тестирование рассчитано на 48 вопросов по выявлению преобладающего типа восприятия.

Всего в исследование приняли участие 25 учащихся

Имя испытуемого	Визуальный тип	Аудиальный тип	Кинестетический Тип	Преобладающий тип
Светлана А.	5	9	5	А
Инга А.	9	11	9	А
Милена Б.	10	9	7	В
Милана Г.	8	12	10	А
Александра Г.	10	11	9	А
Фариза Д.	10	12	11	А
Лидия Ж.	11	10	12	К
Расул И.	9	6	5	В
Самира К.	9	8	11	К
Камила К.	9	8	3	В
Алина Л.	10	14	9	А
Алим М.	13	9	4	В
Муслимат О.	14	13	10	В
Юлия П.	14	10	5	В
Кристина П.	10	12	14	К
Елизавета П	11	7	8	В
Виктория С.	10	11	8	А
Софья С.	12	11	12	В
Александра Т.	9	11	8	А
Аминат У.	6	9	10	К
Алина У.	9	12	4	А
Анна Ч.	8	11	8	А
Мария Щ.	10	8	4	В
Салима Э.	12	11	10	В
Самира Я.	9	11	6	А



Результаты теста С. Ефремцева.



Процентное соотношение Результатов Таблицы 1.(Диаграмма 1)

Анализ результатов тестирования

Результат тестирования показал что:

- среди учащихся людей с аудиальной преобладающей перцептивной модальностью (44% на 25 испытуемых), далее следует визуальный тип восприятия (40% на 25 испытуемых) и последним типом является кинестический (16% на 25 испытуемых)
- Из данных результатов следует сделать вывод о том, что в данный период времени для учащихся этой группы преимущественно стоит делать упор на подходящих их типу внешних факторах. Однако стоит заметить и то, что данный процент не является «идеалом». Но среди учащихся явно видно преобладание аудиального типа восприятия по сравнению с другими типами, то на диаграмме 1 аудиальный тип восприятия не сильно обгоняет кинестетический и визуальный типы.

Из всего вышеперечисленного следует, что при обустройстве места обучения следует учитывать все типы восприятия без исключений. Так же, как и при подаче или восприятии материала.



В ходе исследования я пыталась доказать гипотезу о том, что, воздействуя на перцептивную модальность внешними раздражителями можно улучшить успеваемость учеников. В конечном итоге я пришла к выводу, что в данном вопросе стоит учитывать потребности каждого обучающегося в отдельности, для избегания ухудшения восприятия одних, за счет других.

Исследование может служить почвой для других работ из категории психологии или биологии.

По заключению исследования я выявила, что у учащихся 1 курса ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» в группе 16269 – 44%-учащиеся с аудиальной преобладающей перцептивной модальностью, 40%- с визуальной, 16%- кинестической.

Приложение 1

Тест аудиал, визуал, кинестетик (диагностика доминирующей перцептивной модальности С. Ефремцева / методика на восприятие):

Инструкция к тесту. Прочитайте предлагаемые утверждения. Поставьте знак "+", если Вы согласны с данным утверждением, и знак "-", если не согласны.

Тестовый материал (вопросы).

1. Люблю наблюдать за облаками и звездами.
2. Часто напеваю себе потихоньку.
3. Не признаю моду, которая неудобна.
4. Люблю ходить в сауну.
5. В автомашине цвет для меня имеет значение.
6. Узнаю по шагам, кто вошел в помещение.
7. Меня развлекает подражание диалектам.
8. Внешнему виду придаю серьезное значение.
9. Мне нравится принимать массаж.
10. Когда есть время, люблю наблюдать за людьми.
11. Плохо себя чувствую, когда не наслаждаюсь движением.



12. Видя одежду в витрине, знаю, что мне будет хорошо в ней.
13. Когда услышу старую мелодию, ко мне возвращается прошлое.
14. Люблю читать во время еды.
15. Люблю поговорить по телефону.
16. У меня есть склонность к полноте.
17. Предпочитаю слушать рассказ, который кто-то читает, чем читать самому.
18. После плохого дня мой организм в напряжении.
19. Охотно и много фотографирую.
20. Долго помню, что мне сказали приятели или знакомые.
21. Легко могу отдать деньги за цветы, потому что они украшают жизнь.
22. Вечером люблю принять горячую ванну.
23. Стараюсь записывать свои личные дела.
24. Часто разговариваю с собой.
25. После длительной езды на машине долго прихожу в себя.
26. Тембр голоса многое мне говорит о человеке.
27. Придаю значение манере одеваться, свойственной другим.
28. Люблю потягиваться, расправлять конечности, разминаться.
29. Слишком твердая или слишком мягкая постель для меня мука.
30. Мне нелегко найти удобную обувь.
31. Люблю смотреть теле- и видеофильмы.
32. Даже спустя годы могу узнать лица, которые когда-либо видел.
33. Люблю ходить под дождем, когда капли стучат по зонтику.
34. Люблю слушать, когда говорят.
35. Люблю заниматься подвижным спортом или выполнять какие-либо двигательные упражнения, иногда и потанцевать.
36. Когда близко тикает будильник, не могу уснуть.
37. У меня неплохая стереоаппаратура.
38. Когда слушаю музыку, отбиваю такт ногой.
39. На отдыхе не люблю осматривать памятники архитектуры.



- 40. Не выношу беспорядок.
- 41. Не люблю синтетических тканей.
- 42. Считаю, что атмосфера в помещении зависит от освещения.
- 43. Часто хожу на концерты.
- 44. Пожатие руки много говорит мне о данной личности.
- 45. Охотно посещаю галереи и выставки.
- 46. Серьезная дискуссия – это интересно.
- 47. Через прикосновение можно сказать значительно больше, чем словами.
- 48. В шуме не могу сосредоточиться.

Ключ к тесту:

Визуальный канал восприятия: 1, 5, 8, 10, 12, 14, 19, 21, 23, 27, 31, 32, 39, 40, 42, 45.

Аудиальный канал восприятия: 2, 6, 7, 13, 15, 17, 20, 24, 26, 33, 34, 36, 37, 43, 46, 48.

Кинестетический канал восприятия: 3, 4, 9, 11, 16, 18, 22, 25, 28, 29, 30, 35, 38, 41, 44, 47.

*Д.В.Пилипенко
Н.Н. Кобозева*

КОРРУПЦИЯ – НЕМНОГО ИСТОРИИ И РЕАЛИИ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

Как известно Гоголь определил две главные беды России – «дураки и дороги». Но думается, что этих самых российских бед значительно больше. И, прежде всего, к их числу можно отнести коррупцию. В разные периоды она доставляла то большее, то меньшее беспокойство государственному организму, не раз ставила его на грань жизни и смерти, но, несмотря на многообразные способы лечения, никогда не исчезала совсем.

Существует мнение, что всеохватывающей коррупции в нашей стране мы обязаны Византии. Именно оттуда ещё в IX веке была заимствована система, названная «кормлениями»: глава государства отправляет своих



представителей в провинции, наделяя огромными полномочиями и не выдавая из казны оплаты, т.к. предполагалось обеспечение средствами населения. Естественно, заинтересованное население щедро одаривало тех, от кого зависела их судьба. В итоге в сознании как верхов, так и низов прочно закрепилось понимание: любое обращение к сановному лицу должно быть подкреплено чем-то материальным, ценным.

В XVII веке на Руси для определения видов взятки существовало несколько юридических названий: почести, поминки и посулы. Любопытно, что «почести» (предварительная «подмазка» должностного лица) и «поминки» (подарок «по итогам») считались вполне законными вещами, а вот за «посулы», то есть нарушение закона за плату, полагались телесные наказания.

Позже уголовное право царской России разделило взяточничество на два вида: мздоимство и лихоимство. Взятка, данная за совершение действия, входящего в круг обязанностей должностного лица, трактовалась как мздоимство. Взятка за совершение служебного проступка или преступления в сфере служебной деятельности трактовалась как лихоимство. Причем к мздоимству само государство и народ относились издавна довольно терпимо. Напомнит о себе коррупция даже в социалистические времена, когда крупные чиновники словно бы находились на кормлении у народа. Зарплата у них была сравнительно невысокой, зато за счет спецраспределителей и номенклатурных связей они имели возможность «кататься как сыр в масле». И нынешняя тяга политической элиты к непомерной роскоши – это тоже из «византийской оперы».

Византийский путь, может быть, был наиболее приемлемым для государства Российского, но отнюдь не самым лучшим. Верховная власть, не создав четкого механизма вознаграждения труда чиновников, положила начало безудержной российской коррупции и бесконечной цепи взаимных обид и жалоб. Народ невзлюбил чиновников, чиновники – народ.



Постепенно, с формированием и укреплением государственного аппарата в России стала укрепляться бюрократия – особая каста чиновников, получавших жалование из казны. Она впитала в себя традиции прошлых поколений чиновников, а потому относилась к «кормлениям», как к своему священному наследственному праву, даже несмотря на жалование. Впрочем, народ, хотя и любил поязвить по этому поводу, но особо не противился. В порядке вещей считалась материальная благодарность чиновникам за оформление документов или какую-либо другую их работу. Обычным делом были и подарки им к именинам и праздникам. Понятно, что грань между разрешенной «почестью» и запрещенным «посулом» была весьма зыбкой, что способствовало злоупотреблениям со стороны чиновников. Недаром в народе появилось множество поговорок: «Судьям то и полезно, что в карман полезло», «Всякий подъячий любит калач горячий», «Приказный проказлив: руки крюки, пальцы грабли, вся подкладка – один карман».

Коррупция обогатила русский язык большим количеством поговорок, множеством крылатых выражений, составляющих специальную терминологию взяточничества: «барашка в бумажке», «безгрешный доход», «не подмажешь, не поедешь», «мзда» и прочее. Например, выражение «остаться с носом» не имеет никакого отношения к детали человеческого лица. На Руси «проносом» или попросту «носом» называли взятку, которую проситель приносил в государственное учреждение спрятанную под поллой. Если подъячий или судья не принимал подношение, проситель уходил вместе со своим «носом» не солоно хлебавши.

Современные исследователи А. Г. Звягинцев и Ю. Г. Орлов отмечали факт того, что в начале и первых десятилетиях XX века в России превалировала коррупция в низших звеньях чиновничества, в отличие, например, от США где коррупцией были поражены и средние, и даже весьма высокие слои бюрократии и политиков.

Не обошлось без коррупции и Советское время. Одним из первых декретов Совета народных комиссаров стал Декрет от 8 мая 1918 г. «О



взяточничестве». Он предусматривавшим уголовную ответственность за взяточничество – лишение свободы на срок не менее пяти лет, соединенный с принудительными работами на тот же срок.

В СССР до начала 80-х годов тема коррупции открыто не поднималась. Простым гражданам навязывалось мнение, что коррупция для социалистического строя является нехарактерным явлением и присуща только буржуазному обществу.

Сегодня вопросы коррупции регулирует Федеральный закон Российской Федерации от 25 декабря 2008 г. № 273-ФЗ «О противодействии коррупции». Обширность и расплывчатость понятия «коррупция» в ФЗ подвергается критике, так как этим термином стали называться разные по своей направленности деяния. Так, наряду с преступлениями о непосредственной даче и получении взятки (подкупе), в него были включены злоупотребление служебным положением, нецелевое расходование бюджетных средств, средств государственных внебюджетных фондов, хищения и ряд иных преступлений по службе в целях получения выгоды имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц либо незаконного предоставления такой выгоды.

Российская Генпрокуратура представила данные, согласно которым сотрудники правоохранительных органов чаще других чиновников совершают преступления, связанные с коррупцией. Следом за ними идут чиновники из Минобороны России, потом сфера здравоохранения и образования.

Как же относиться в этому явлению общественной жизни простой народ? Согласно опросам Левада-центра с тезисом, что коррупция является величайшим злом нашего общества, согласились буквально все - более 90%. Однако, показателен ответ москвичей на вопрос о деятельности действующего мера «Конечно, берет, но о Москве-то заботиться».

Выходит, взятка, а под коррупцией в народе понимают именно ее, не абсолютное зло. Она обладает непростым статусом в общественном



сознании. Дать взятку – грех, но гораздо меньший, чем принять, тем более вымогать ее. А то и вовсе не грех. В решении проблем первостепенной важности – здоровье близких, угроза жизни, свободе – взятку считают оправданным средством во всех слоях общества. Даже те, кто в принципе осуждает эту меру, многие категории подношений называют «знаком уважения», «подарком» и не видят в этом дурного. К тому же, если подношение делается «от души», народное правосознание освобождает его от всякого осуждения. На вопрос «Как вы относитесь к решению повседневных вопросов с помощью взятки?» 10% ответили, что «с этим можно мириться», а еще 10% знают, что «порой это необходимо для пользы дела», то есть оправдано вполне. Оправданы, как видно из постановки вопроса, прежде всего дающие, то есть «мы сами». Большинство, конечно, выбирают ответы, что «с этим нельзя мириться» (31%) и «это совершенно недопустимо» (44%).

Массовое сознание строже судит берущего, чем дающего. Берущий может быть прощен (как в рассмотренных случаях с высшими чинами), но не оправдан.

Исследования показывают, что граждане сталкиваются с необходимостью дать взятку лишь в особые моменты своей жизни – при устройстве детей в сад, школу, вуз, при необходимости получить элементарные медицинские услуги, при получении справок в госучреждениях.

90% опрошенных считают, без воровства нельзя быть начальником и нельзя стать миллионером. Многие граждане нередко признаются в даче взяток. Это не считается зазорным, мы просто играем по принятым в обществе правилам, нельзя «жить в обществе и быть свободным от общества», а в нем взятка – это стандартная мера решения проблем. Иногда можно было бы обойтись и без всяких взяток, но это настолько привычно, что очень многим проще ее дать, чем разбираться, будет ли без нее эффект,



особенно если сумма денег или подарок не являются существенной нагрузкой для семейного бюджета.

Есть категория ситуаций, когда неофициальная плата даже не называется взяткой и из чего-то морально сомнительного она превращается в глазах самих дающих в действие, показывающее, что они понимают важность ситуации и ведут себя ответственно. Например, роды. Идти рожать «просто так» многие не считают возможным. Есть платная услуга – роды по контракту. За них надо заплатить в кассе. Однако это, считается, не гарантирует особого отношения к роженице, ведь до врача-акушера из этих денег дойдет лишь малая часть. А потому лучше оформляться все-таки на бесплатные роды, но при этом «договориться с доктором», то есть передать врачу определенную сумму прямо в руки. Врач, как правило, берет несколько меньше, чем стоила бы оплата контракта. Вся схема считается разумной, поскольку врач получает больше, пациент платит меньше, а услугу получает якобы более высокого качества. Это никогда не называют взяткой, поскольку воспринимается как нормальная форма взаимовыгодных отношений.

Вообще взятки, которые дают люди, возмущают, когда говорят о тех, кто их открыто вымогает или создает ситуацию, когда без денег проблему решить невозможно. Но если люди сами решают, давать или не давать, если сами добиваются желательных результатов, то бытовая коррупция воспринимается как вполне достойное, разумное и правильное поведение.

Было очень интересно понять, что думают о коррупции студенты нашего колледжа, как расценивают ее – как вынужденную необходимость или как абсолютное зло?

Хочется сразу отметить, что мнение наших студентов не расходится с мнением большинства россиян – если чиновник сам кормиться, но при этом дает жить другим, то это даже хорошо. Сытый чиновник – это эффективный работник, так как может позволить себе качественно выполнять обязанности, не переживая о собственном благе.



Также безусловно считается необходимым вознаградить человека, если он решал вопросы здоровья и безопасности наших близких. Не видят ничего предвзятого, когда, например, медицинских сестер «благодарят» за качественную поставленную капельницу, сделанную инъекцию и так далее... Лучшим вариантом благодарности считаются наличные деньги. Многие придерживаются мнения, что если хочется существенно сократить сроки решения вопроса и улучшить качество оказываемых услуг необходимо «порадовать чиновника». И в этом нет состава преступления – это нормальные человеческие отношения, которые позволяют всем участникам процесса получить желаемый результат.

Многие студенты сами ни раз были участниками этого процесса «благодарности», получая различные справки, находясь на лечении в больницах, имея дело с правоохранительными органами. Подавляющее большинство видели, как решают свои вопросы через «благодарность» их родители.

Таким образом, можно сделать вывод, что население нашей страны как и студенты нашего колледжа не видят ничего плохого в коррупции как общественном явлении. Главное, чтобы чиновники всех уровней «не зарывались» - сами жили и другим давали. Ну а благодарность в разумных пределах – это кармически верный шаг, чтобы что-то получить, надо что-то вложить!

Тумарцова Н.

Руководитель: преподаватель Немеш М.В.

ЦВЕТОПИСЬ В РОМАНЕ ДОСТОЕВСКОГО «ПРЕСТУПЛЕНИЕ И НАКАЗАНИЕ»

Роман Ф.М. Достоевского «Преступление и наказание» удивительно цветной. Если проследить по тексту, различные цвета и их оттенки встречаются очень часто, а некоторые из них повторяются постоянно. В



романе такого писателя психолога, как Достоевский это не случайно. Давно известно, что цвета окружающего мира по-разному действуют на людей. Обилие всевозможных оттенков помогает эмоционально настроиться на восприятие темы, понять душевное состояние и характер героев.

Цветопись – это искусство передачи цветов, красок окружающего мира языком художественного произведения. Цветопись – это один из приёмов в литературе, который заставляет внимательного читателя задуматься над глубиной произведений. С помощью цвета писатель создаёт образ – символ. Уникальный, неповторимый, подбирая слова-краски для своих произведений, что позволяет заглянуть в чувства и мысли писателя, понять смысл произведения, позволяет прикоснуться к наследию русских традиций.

Цветопись помогает понять литературного героя, его внутренний мир, влияет на восприятие читателем произведения Достоевского – этим и обусловлена актуальность данной темы.

Цель работы - провести анализ цветописи в романе Ф.М. Достоевского «Преступление и наказание» определить то, как цвет влияет на жизнь героев. В соответствии с поставленной целью необходимо выполнить следующие задачи:

1. Выполнить текстовый анализ романа «Преступление и наказание»
2. Рассмотреть несколько цветов указанных в романе «Преступление и наказание» для ознакомления с ними.
3. Проанализировать влияние определённого цвета на героя произведения.

Роман пропитан символикой. Но совершенно особую роль в произведении играет цвет. Жёлтый цвет в романе присутствует почти во всех помещениях и создаёт атмосферу нездоровья, надрыва, печали. Гнетущее звучание приобретает само слово «жёлтый». В первой части романа его синоним – «желчный». «Тяжёлая, желчная, злая улыбка змеилась по его губам. Он прилёг головой на свою тощую и затасканную подушку и думал, долго думал... Наконец ему стало душно и тесно в этой жёлтой каморке».



Какое назойливое жужжание слышится в этих фразах! Кажется, что перехватывает дыхание!

Одним из самых повторяющихся является и красный цвет. Самым ярким примером является сцена убийства Раскольниковым старухи - процентщицы. Кажется, что этот эпизод окрашен в кровавый цвет: «кровь хлынула, как из опрокинутого стакана», «целая лужа крови», «красный сафьян», «красный гарнитур». Ярко-красным был закат, когда герой отказался от своего «наваждения». Сама природа как будто поддержала его в этот момент.

Возможно, голубой и синий цвета – символы Сони Мармеладовой. В её комнате есть одно цветовое пятно – синенькая скатерть. Говорят, что человек, предпочитающий синий цвет, отличается рассудительностью, философским настроением.

Софья – значит мудрая, а синий и голубой – цвета спокойного, чистого неба – подчёркивают эту особенность Сонечки Мармеладовой, истинную глубину и необъяснимость её души. Грезившиеся Раскольникову “чудесная голубая вода” и “замечательные голубые глаза” Сонечки взаимосвязаны.

Перед убийством старухи Раскольникову казалось, что он находится в пустыне и с жадностью пьёт воду из журчащего ручья. Вода в Африке – спасение. Сонечка с её бездонными голубыми глазами – спасение для Раскольникова [2, с. 20].

У Свидригайлова тоже голубые глаза, но, по словам автора, “смотрели они холодно, пристально и вдумчиво”. Значит, Достоевский по-разному использовал всевозможные нюансы одного и того же цвета.

Достоевский с помощью цвета, вложил в каждого героя настоящую жизнь со страхами, переживаниями, проблемами. Итак, рассмотрим подробнее, как же определенный цвет влияет на каждого из героев.

Трагизм Раскольникова – в ложности его собственной теории. Он понял это, совершив преступление, но возвратиться к прежней, нормальной жизни смог только через страдания. В постоянном, демонстративном



использовании этого цвета - горькая ирония Достоевского и одновременно глубокий гуманистический подтекст.

Жёлтый цвет, ставший в романе грязным, яркость которого приглушена, - это приглушенные, затушёванные грязью жизни, приглушенное жизнелюбие, способности и таланты, задавленная радость творчества, невостребованные человеческие силы и возможности. Вместе с тем Достоевский дает нам понять, что его герои, потерянные и одинокие, больные и задавленные бедностью, тоже достойны нормальной жизни. Это одно из значений жёлтого цветового фона [5, с. 106].

Соня Мармеладова – самый трогательный, беззащитный, самоотверженный женский образ в романе. Она своего рода предел кротости и страдания. Белый цвет - символ чистоты, невинности, но в то же время скорби и печали. У кроткой Сонечки были белокурые волосы. Но у Свидригайлова волосы точно такие же, “чуть-чуть разве с проседью”. Здесь мы опять сталкиваемся с тем, что для Достоевского один и тот же цвет может означать и святость, и лишь оболочку, за которой скрывается грешная натура [4,с.125-156].

Встречается в романе и зеленый цвет. И, как правило, символично. Зеленый цвет - цвет защиты. Обращаясь к церковным канонам, мы видим, что зеленые купола могут быть и у Троицких соборов, поскольку зеленый - это цвет Святого Духа.

Но самым ярким символом в произведении звучит зеленый драдедамовый платок. Это символ того, что семья Мармеладовых как будто находится под защитой некой Высшей силы. На первых страницах романа, в рассказе Мармеладова, в этом платке появляется Соня после принесения себя в жертву ради ближних. На последних страницах «Преступления и наказания» также присутствует ее образ в зеленом платке, образ героини, вернувшей Раскольникова к жизни. Образ Сони - любимый образ Достоевского, выступает в романе как основа добра, милосердия, самопожертвования и сострадания.



Важно отметить, что описание Петербурга в романе Ф. М. Достоевского играет очень большую роль. Однако город представлен не таким красивым и роскошным, как, например, у А. С. Пушкина в романе «Евгений Онегин». В романе Достоевского всё иначе:

«На улице жара стояла страшная, к тому же духота, толкотня, всюду извёстка, леса, кирпич, пыль и та особенная летняя вонь, столь известная каждому петербуржцу, не имеющему возможности нанять дачу...» [3, с.107-112].

Тема Петербурга традиционна для русской литературы. Петербург в «Преступлении и наказании» – город одиночества. Необъяснимый холод чувствует в столице Раскольников. Несчастье обитать в Петербурге ломает судьбы героев, приводит их к предельному отчаянию. Городской пейзаж в «Преступлении и наказании» – пейзаж психологический. Он органически связан с внутренним миром героев, с их душевным состоянием.

Очень часто события происходят вечером, на закате солнца. Солнце у Достоевского как символ тревоги, состояния предзнаменования, знак часа, когда совершаются роковые события. Желто-красный колорит как бы олицетворяет символ золота и убийства.

Итак, рассмотрение колористики как функционального явления в «Преступлении и наказании» убеждают в том, что выбор цветов в романе не должен рассматриваться в качестве случайных или малозначащих явлений. Мы видим, что цвет используется Достоевским для того, чтобы вызвать у читателя определенные эмоции и сформировать определенное настроение во время прочтения романа, чтобы читатель мог как можно ближе подобраться к истинному смыслу сцен «Преступления и наказания».

Цветопись является важным средством представления героев, их чувств и эмоций, образов. Настроение героев зависит от цвета. В начале романа появляется желтый цвет. Он задаёт тон и характер, далее появляются разные цвета и оттенки, и мы всё лучше понимаем героев. Таким образом, определённый цвет является символом определённых людей, их действий.



«Преступление и наказание» яркий пример того, как цветопись, её присутствие в произведении, важны для читателей для лучшего понимания и анализа литературного произведения.

Список использованной литературы

1. Достоевский Ф.М. «Преступление и наказание», М.: Дрофа,-2010
2. Каленкова О.Н. Цветовая гамма в «Преступлении и наказании» Ф.М. Достоевского.- Русская речь,1982,№1. с.275
3. Кожин В.В. «Преступление и наказание» Ф.Ф. Достоевского// Три шедевра русской классики. М.: Художественная литература., 1971. с. 405
4. Назиров Р.Г. Творческие принципы Ф.М. Достоевского. – Саратов: издательство Саратовского университета,1982, с.295
5. Соловьёв С.М. Изобразительные средства в творчестве Ф.М. Достоевского. М., 1979, с.378

Интернет – ресурсы

1. <https://litra.bobrodobro.ru/6844>
2. https://www.lit-helper.com/p_Simvolika_cveta_v_romane_F_M_Dostoevskogo_Prestuplenie_i_nakazanie
3. <https://literaguru.ru/tsveta-v-romane-prestuplenie-i-nakazanie-f-m-dostoevskij/>

Шрамко В.

Руководитель: преподаватель Е.В. Шуаева

ОБРАЗ МАРГАРИТЫ В РОМАНЕ М. БУЛГАКОВА И В СЕРИАЛЕ В. БОРТКО

Литературоведение относит художественную литературу к искусству, которое опирается на письменное слово. Однако, чем образованнее становится общество, чем развитее технический прогресс, тем сильнее литератур переплетается с синтетическими видами искусства, собирающими в себе различных носителей образности.



Приход кинематографа вдохнул в литературу новую жизнь, что помогло некоторым произведениям раскрыться, заиграть по-иному. Любая удачная экранизация приоткрывает зрителю дверцу в мир литературы, а вот войдет ли он в нее, воспользуется ли предоставленной возможностью, зависит только от самого зрителя.

У творчества Булгакова есть и яростные поклонники и непримиримые враги. Равнодушных совсем нет. То же самое происходит и с экранизациями основного его произведения – романом о Маргарите и Мастере. Образ Маргариты в нем является самым ярким и лиричным, это центр произведения. Героиня — искренняя и верная женщина, которой суждено спасти Мастера. Потеряв возлюбленного, она становится ведьмой и мстит его врагам. Булгаковская героиня — символ самопожертвования. Она терпит физические и душевные муки, чтобы вернуть своего Мастера.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что литературные образы, в читательском представлении, часто ассоциируются с образом кинематографическим.

Цель: охарактеризовать образ Маргариты в романе М. А. Булгакова «Мастер и Маргарита» и телесериале В. В. Бортко «Мастер и Маргарита», выявить сходство и различие героинь.

В соответствии с поставленной целью, для ее достижения я поставила перед собой следующие **задачи**:

1. проанализировать образ Маргариты в романе М.Булгакова «Мастер и Маргарита»
2. проанализировать образ Маргариты в сериале В. Бортко «Мастер и Маргарита».
3. провести сравнительный анализ образа Маргариты из романа «Мастер и Маргарита» М.Булгакова и сериала «Мастер и Маргарита» В. Бортко .

Образ Маргариты в романе «Мастер и Маргарита» М. Булгакова является самым ярким и лиричным, это центр произведения. Героиня -



искренняя и верная женщина, которой суждено спасти Мастера. Булгаковская героиня - символ самопожертвования. Она терпит физические и душевные муки, чтобы вернуть своего Мастера.

М. Булгаков не дает внешнего описания Маргариты. Мы слышим только звук ее голоса, ее смех, видим ее движения. Много раз автор описывает выражение ее глаз. Этим он хочет подчеркнуть, что для него значим не внешний образ, а внутренний.

До встречи с мастером, жизнь Маргариты была совершенно пустой и бесцельной. «Она говорила... – рассказывает мастер об их первой встрече – что с желтыми цветами вышла в тот день, чтобы я наконец ее нашел». Иначе, Маргарита «отравилась бы, потому что жизнь ее пуста».

Героиня в 19 лет вышла замуж за богатого и уважаемого человека. Супруги жили в красивом особняке, жизнью, которой была бы рада любая женщина: уютный дом, любящий муж, отсутствие бытовых забот. Но героиня «не была счастлива ни дня». Ей тяжело, скучно и одиноко в своем особняке, который все больше похож на клетку. «Ее душа очень широка, внутренний мир богат, и ей нет места в сером скучном мире обывателей, к которому принадлежал, видимо, и ее муж».

Имея в своем сердце нерастраченное тепло и неугасимую энергию в душе, Маргарита не имела возможности направить ее в нужное русло.

Маргарита и Мастер. Они были совершенно одинокими в этом мире до этой странной встречи.

Мастер впервые увидел будущую возлюбленную на пустынной улице. Она привлекла его внимание, потому что «несла в руках отвратительные, тревожные желтые цветы». Эти мимозы стали, будто сигналом мастеру о том, что перед ним его муза, с одиночеством и огнем в глазах.

Любовь между мастером и Маргаритой вспыхнула, как только они увидели друг друга. Мастер сравнивает нахлынувшие чувства с молнией или острым ножом: «Так поражает молния! Так поражает финский нож!»



Образ Маргариты-ведьмы – очень сильный, яркий, автор не жалеет красок и эмоций изображая ее. Маргарита будто скидывает с себя все оковы, что мешали ей не только жить, но и дышать, и становиться легкой-легкой, парящей в буквальном смысле. Чтобы вернуть любимого, героиня романа соглашается отдать свою душу дьяволу. Маргарита превращается в свободную, импульсивную, храбрую ведьму.

И тут начинается новая страница в жизни Маргариты. Прежде чем попасть на бал сатаны, она, летая по городу, громит квартиру Латунского. Маргарита, словно разъяренная фурия, бьет, ломает, затопляет водой, уничтожает вещи критика, наслаждаясь этим уроном.

Обратимся к сериалу Владимира Владимировича Бортко «Мастер и Маргарита»

Говоря об образе Маргариты в сериале, следует сказать, что актрисе, которая сыграла эту роль, удалось отобразить множественные нюансы, описанные в романе.

Игра Анны Ковальчук профессиональна и безукоризненна. Она безупречная на протяжении целого сериала, начиная с образа опустошенной Маргариты, встретившей Азazelло, и заканчивая образом ведьмы - чертовки, которая уничтожает квартиру критика Латунского. (И задаешься немим вопросом, как такая с виду добросердечная молодая женщина, с такими добрыми и лучистыми глазами смогла так перевоплотиться в настоящую ведьму, королеву бала Сатаны.) Превращение ей удалось на славу: эта искра в глазах, убежденность в себе, изредка безрассудство — впечатляют.

Чаще всего считают, что прототипом Маргариты служили жены самого М.А. Булгакова. Главным прототипом героини послужила третья жена Булгакова – Е.С. Булгакова. На это указывают некоторые факты.

Во-первых, Булгаков, подобно Мастеру, «увел» Елену от ее мужа.

Во-вторых, место знакомства Мастера и Маргариты весьма похоже на место знакомства четы Булгаковых (Тверская).



Также прототипом в ранних редакциях могла служить и вторая жена – Белозёрская Л.Е.

Если искать прототипы в литературе, то можно провести параллель между нашей героиней и Маргаритой из «Фауста» Гёте

Сравнив оба образа, отметим, что Маргарита и в романе М.А. Булгакова, и в сериале В. Бортко в исполнении Анны Ковальчук абсолютно сопоставима. В обоих произведениях мы видим образ любимой и любящей женщины, которая во имя любви готова на все. Как и положено придуманному персонажу, созданному с особой тщательностью и признательностью читателей и зрителей, Маргарита приобрела самую настоящую плоть, она стала живой. Ведь кто из нас, прочитавших «Мастера и Маргариту» или посмотревших сериал Владимира Бортко, пробираясь через многоликую толпу на улице, не останавливался вдруг в самой гуще людского потока, не пытался отыскать глазами некрасивые желтые цветы, которые могли быть предназначены именно ему.

И сколько раз эти цветы были замечены в людском потоке! И тогда, читатель, либо, может быть, зритель бросался за ними вслед, и сломя голову, гнался за ними по городу, а они, некрасивые, поведя его по городу, вдруг исчезали. Ничего не понимающий читатель или все-таки зритель вздыхал и шел туда, куда шел изначально. Некрасивые цветы сыграли свою маленькую роль. И наш читатель или зритель встречал вовсе другую женщину, в которой от булгаковской Маргариты осталась лишь всепоглощающая, неземная любовь в глазах.

Список использованной литературы

1. Альми И.Л. Роман М. Булгакова "Мастер и Маргарита" и традиции русской классики // Замысел и его художественное воплощение в произведениях советских писателей. Владимир, 2019.
2. Барков А. Кто они — Мастер и Маргарита? // Наука и жизнь. 1991. № 9, 10.
3. Блажеев Е. Роман Булгакова как опыт русской бездны // Грани. 2018. № 174.



4. Булгаков М. А Мастер и Маргарита[роман] / Михаил Афанасиевич Булгаков. - Москва : Издательство АСТ, 2021. – 512с.
5. Гаврюшин Н.К. Литостротон, или Мастер без Маргариты // Вопросы литературы. 2019. № 8
6. Немцев В.И. Вопросы изучения художественного наследия М.А. Булгакова. - Самара, 2020.
7. Чудакова, М. К творческой биографии М. Булгакова 1916-1923 (по материалам архива писателя)//. Вопросы литературы - 1973-№7- 226с.

Интернет-ресурсы

8. <https://r-book.club/russian-classics/mihail-bulgakov/master-i-margarita-istorija-sozdanija.html>
9. https://ru.wikipedia.org/wiki/Мастер_и_Маргарита
10. <https://www.factroom.ru/rossiya/kto-byi-prototipom-glavnoj-geroini-mastera-i-margarity-bulgakova>
11. [https://ru.wikipedia.org/wiki/Мастер_и_Маргарита_\(телесериал\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Мастер_и_Маргарита_(телесериал))

Кутузова А.

Руководитель: преподаватель Е.В. Шуаева

ИСКУССТВО В ЖИЗНИ ЛИТЕРАТУРНЫХ ГЕРОЕВ

Искусство – это средство, с помощью которого люди пытаются донести свое мысли до человека, приобщить его к прекрасному. Искусство способно возродить душу человека из пепла, заставить его испытывать просто невероятные эмоции и чувства. Литература - один из важнейших видов искусства. Поскольку основным материалом литературы является слово, то ее называют искусством слова, или словесным искусством. С помощью слова можно не только описать окружающий мир, но и построить воображаемый мир, создать художественный образ и новую художественную реальность. Данный проект дает возможность познакомиться с искусством в жизни



литературных героев. Отсюда можно задать вопрос: какова роль искусства в жизни наших литературных героев – в этом и состоит актуальность темы.

Цель работы: дать представление об образе литературного героя, занимающегося каким-либо видом искусства. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

проанализировать произведение, в которых героями являются люди искусства;

выявить сходные характеристики литературных героев;

.определить, как складывается судьба литературных героев в зависимости от их нравственных ценностей.

Как влияет искусство на человека? Какую роль играет искусство в жизни литературных героев? Над этими вопросами заставляет задуматься такие произведения, как роман «Мастер и Маргарита» М.А. Булгакова, повести «Портрет» Н.В. Гоголя и В.Г. Короленко «Слепой музыкант».

Ремесленничество в сфере искусства ярко показано в романе М. А. Булгакова «Мастер и Маргарита».

Чтобы свободно творить, писатель снимает небольшой подвальчик на Арбате, на все выигранные в лотерее деньги скупает литературу с нужными Чтобы свободно творить, писатель снимает небольшой подвальчик на Арбате, на все выигранные в лотерее деньги скупает литературу с нужными для книги сведениями.

Желанием Мастера – это создание произведения, которым бы восхищались. Он хотел заслуженной славы, признания. Его не интересовали деньги, которые можно получить за книгу, если она будет пользоваться популярностью. Он писал, искренне веря в то, что создает, не задаваясь целью получить материальную выгоду.

Слово творца нетленно – «рукописи не горят», когда мастер, поддавшись тоске и одиночеству, решает предать свой роман огню. Писатель поклонялся великому чуду - искусству, был уверен в его возрождающей силе.



Таким образом, в романе «Мастер и Маргарита» можно найти аргументы, подтверждающие нетленность искусства, необычайную силу его влияния на человека с живой, открытой и доверчивой душой.

Именно в этом произведении даны в противопоставлении яркие образы настоящего творца и ремесленников от искусства и звучит мысль о зле, которое несет людям лжеискусство МАССОЛИТа.

В повести «Портрет» Н.В. Гоголя изображена жизненная история художника Чарткова и его превращения из художника в ремесленника. Чартков живет в мире высоких идей, его вдохновляют создания великих мастеров прошлого. Он пишет многочисленные портреты и, приспособляясь ко вкусам и требованиям заказчиков, добивается легкой славы. Чартков утрачивает способность передавать жизненную правду. Талантливый художник превратился в ремесленника. Трагедия Чарткова в том, что он сам загубил свой талант, поставив славу и материальный успех выше искусства.

Таким образом, в повести Гоголя «Портрет» можно найти аргументы, подтверждающие тлетворность зависимости творца от мирской суеты, примеры настоящего творца и утратившего свой талант в погоне за славой и деньгами ремесленника.

Музыка – важнейший дар, который принадлежит человеку. Так, в повести «Слепой музыкант» В.Г. Короленко можно наблюдать, как музыка повлияла на жизнь главного героя. Петрусь родился слепым и, казалось, в его жизни никогда не будет смысла. Музыка открыла ему новые горизонты, сделала сердце мягче, научила его любить. Музыка помогала ему воспринимать и «видеть» мир.

Из всего вышеперечисленного, я пришла к такому выводу, что и композитор, и писатель, и художник создают продукт, который доставляет эстетическое удовольствие. Всех трех героев объединяет то, что все они являются мастерами искусства.



Как известно, творческие люди-нервные, эмоциональные, впечатлительные натуры. Так, Мастер оказывается в психиатрической клинике после того, как дело всей его жизни- роман «растоптали» критики. Чарткова же погубила страсть к деньгам. После у него начинаются припадки бешенства из-за погубленного таланта. Петр был озлоблен на весь мир из-за своей слепоты, при этом не замечая свою возможность творить искусство.

Путь к славе и признания каждого из них тернист, но судьба им всем даёт шанс на развитие таланта: Мастер выиграл крупную сумму денег и встретил любимую женщину. Всё это позволило ему погрузиться в написание романа «О Понтий Пилате». Чартков был беден, но ему посчастливилось получить тысяча золотых монет, это дало возможность запереться в мастерской и стать хорошим художником. Петру, в отличие от остальных, не надо было думать о деньгах, т.к. жил в богатой семье, но он слеп от рождения. Судьба подарила Петру «учителя жизни»-дядю и чуткую, любящую Эвелину. Они помогают ему принять себя и стать великим музыкантом.

Таким образом, путь к славе и признания каждого из них тернист, но судьба им всем даёт шанс на развитие таланта: Мастер выиграл крупную сумму денег и встретил любимую женщину. Всё это позволило ему погрузиться в написание романа «О Понтий Пилате».

Чартков был беден, но ему посчастливилось получить тысяча золотых монет, это дало возможность запереться в мастерской и стать хорошим художником. Петру, в отличие от остальных, не надо было думать о деньгах, т.к. жил в богатой семье, но он слеп от рождения. Судьба подарила Петру «учителя жизни»-дядю и чуткую, любящую Эвелину. Они помогают ему принять себя и стать великим музыкантом.

Список использованной литературы

1. Алленов М.М. Русское искусство XVIII – начала XX вв. – М.: Трилистник, 2015. – 319 с.;
2. Грибунина Н.Г. История мировой художественной культуры:



Учеб. пособие для общеобразовательных школ и средних специальных заведений. – Тверь, 2016. – 240 с.

3. Емохонова Л.Г. Мировая художественная культура: Учебник для 11 кл.: среднее (полное) общее образование (базовый уровень) / Л.Г. Емохонова. – 6-е изд. – М.: Изд. центр «Академия», 2018. – 240 с.

4. Лифшиц Л.И. История русского искусства. Искусство X – XVII веков Т. 1. – М.: Белый город, 2019 – 344 с.

5. Рябцев Ю.С. История русской культуры. XX в. 9 кл.: пособие для учащихся общеобразовательных учреждений / Ю.С. Рябцев, С.И. Козленко. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2016. – 303 с.

Интернет-ресурсы

1. <https://kickscontest.ru/sochineniya/sochinenie-na-temu-iskusstvo-11-klass.html>
2. <https://studentbank.ru/view.php?id=44153>
3. <https://litrekon.ru/bank-argumentov/dlya-sochineniya-ege-na-temu-iskusstvo/>
4. <https://sowa-ru.com/item-work/2020-1491/>

Александров А.

Руководитель: преподаватель О.В. Бачалова

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ СТАТИСТИКА В СФЕРЕ ДЕМОГРАФИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

*«Факты - упрямая вещь,
но статистика гораздо сговорчивее»
Лоренс Питер, канадский педагог*

В наше время вопрос статистики довольно обширен. Насчитывается около тысячи определений этого слова! Сам термин «Статистика» произошел от латинского слова «Status», что означает «определенное положение вещей». Статистика – это общественная наука, изучающая количественную



сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их количественной стороной.

Зачатки статистики как науки развивались еще в древние времена. Так, например, человек считал количество звезд на небе, подмечал их структуру, давал им названия, сохранял, запоминал и обрабатывал эту информацию в удобном для себя виде. И это далеко не единичный случай! Понимание вопроса *математической статистики*.

Одна из характерных черт математической статистики – поиск существующих закономерностей и определение будущей тенденции развития при нынешних обстоятельствах.

Как известно математика – точная наука, поэтому в условиях статистики она по-прежнему верна себе. Четкий анализ, выборочный учет информации, сравнение результатов развития и их количественных промежутков – все это входит в математическую статистику. На основе этих выводов мы можем предположить, к примеру, как изменится рождаемость или смертность населения в недалеком будущем. Ясно, что если общая численность населения на каком-либо участке земли на протяжении 50-70 лет постепенно снижалась, навряд ли при сложившейся ситуации мы можем ожидать «Чуда» и постепенного повышения рождаемости. Однако благодаря статистике мы в силах предположить, какое снижение количества проживающих ожидается на этот год. Поэтому роль статистики в современных общественных вопросах по-прежнему очень высока.

Касаясь вопроса статистики, нельзя не упомянуть одну из важнейших областей её работы – Демографии. В нашей стране эта тема особенно важна. На территории РФ в настоящее время действует национальный проект «Демография» (с 2019 года по 2024), на который возлагают надежды многие молодые семьи и пожилые люди. Он включает в себя:

1. Внедрение механизма финансовой поддержки семей при рождении детей.
2. Создание новых мест в ДООУ для детей до 3-х лет



3. Создание долговременной системы ухода за гражданами с инвалидностью и пожилыми
4. Строительство и реконструкция физкультурно-оздоровительных комплексов
5. Формирование системы мотивации граждан к ЗОЖ и отказу от вредных привычек
6. Проведение скринингов лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности
7. Обучение граждан предпенсионного возраста и получение ДПО

Вопрос демографии, безусловно, продолжит стоять на повестке дня российского общества.

«Динамика численности населения в РФ с 1991г. по 2022 г.»

Численность населения РСФСР на **1 января 1991** года составляла – **148,27** млн человек.

Численность населения России на **1 января 2022** года составила - **145,48** млн человек.

Как известно, Российская Федерация – государство молодое, совсем недавно справляло своё тридцатилетие. В период своего отделения от республик бывшего СССР конечно же, переживало определенные трудности. Это и экономика, безусловно, и политика, а что немало важно – социальная сфера. Прошло чуть больше тридцати лет с момента подписания договора о независимости РФ, а население нашей могучей страны не только не увеличилось, но и уменьшилось – разница составила чуть выше трёх миллионов человек. Постепенный и стойкий спад просматривается в периоде с 1995г. по 2014 год. Каждый год страна теряла приблизительно 600-700 тыс. человек. Далее резкий скачок количества населения – связан он с внешнеполитическим курсом страны, а именно присоединением Крымского полуострова. Кратковременный успех быстро рассеялся, после двух лет наблюдается такой же резкий спад населения, и составил он уже 694 тыс человек на 2019 год.



«Естественная убыль населения В РФ»

В период с 1991 по 2014 год мы, к сожалению, не можем видеть и намёка на рост населения РФ естественным путем, а не миграционным способом. Наименьший показатель просматривается в 1991 году, сразу после распада СССР - 219 тысяч человек. Затем убыль населения резко увеличилась в 4 раза, составив почти 800 тыс. человек. Все это, конечно же, эксперты связывают с финансовыми проблемами, политической неразберихой в ряде регионов РФ. Здравоохранение, социальное благополучие граждан на тот сложный для нашей страны период, разумеется, отходило на второй план. В последующие годы мы видим положительную динамику в среднем на 50 000 человек. Однако масштабы по прежнему большие. В 2000 году убыль населения впервые превысила отметку 850 000 человек. Положительных перемен едва-ли удалось добиться к 2014 году: рост составил всего 32 тысячи человек. С 2016 года мы вновь видим спад населения чуть ли не в геометрической прогрессии, и к 2021 году РФ поставила новый антирекорд по стране – убыль составила один миллион сорок две тысячи человек.

Относительно младенческой смертности наша страна предпринимает огромные положительные шаги. Министерство здравоохранения внимательно следит за тем, чтобы будущее поколение было здоровым и жизнеспособным, соответствующие гранты уже получили многие регионы РФ, касается это, в первую очередь, материально-технического обеспечения. Результаты от внимательного отношения не заставили себя ждать: с 2012 года младенческая смертность в РФ составила 16.306 новорожденных, однако к 2014 году уже 14.322. Далее наблюдается спад смертности до 11.428 (к 2016 году). К 2018 году достигла минимума 8.244. И эти положительные перемены набирают обороты, к 2023 году младенческую смертность планируется снизить еще в два раза.

Численность мужчин в России на 1 января 2021 года составила 67,8 млн человек (46,4 %), женщин — 78,3 млн человек (53,6 %). До 95 -99 лет в РФ доживают в основном лишь женщины - 0,1%. Чем ниже мы опускаемся по



таблице, приведенной в моей презентации, тем постепенно все больше и больше замечаем процент преобладания мужчин. Но приблизительного равенства соотношение достигает к 45-49 годам – 3,3% мужчин к 3,6% женщин. Наиболее многочисленная возрастная группа в РФ – 30-39 лет, 4,2% к 4,1 % соответственно. Среди подросткового возраста преобладают мальчики, в среднем с разницей 0,2-0,4 %. Высокая доля женщин находится в рамках пенсионного возраста 60-65 лет – 4% к 2,9 процентам мужчин. Как и во многих государствах, в РФ женщины в среднем живут дольше мужчин.

Рождаемость в РФ

- 2017 год-1,69 млн детей
- 2018 год-1,60 млн детей
- 2019 год-1,48 млн детей
- 2020 год-1,43 млн детей
- 2021 год-1,40 млн детей

Многие аналитики связывают причины демографического кризиса со снижением доходов населения и социального благополучия семей.

«Население РФ по возрастным группам, конец 2021 года»

- Дети - 18,73%
- Взрослые - 56,01%
- Пожилые – 25,24%
- По-прежнему остро стоит вопрос о нехватке «рабочих рук» и состоянии здоровья граждан, входящих в группу дееспособных к труду.

Также велико значение увеличившихся в современном обществе разрушительных и пропагандистских идеологий Запада по полному и радикальному отказу от рождения детей, так называемое движение «ChildFree». Одна из задач правительства РФ предотвратить распространение этой субкультуры на территории РФ, учитывая нынешнюю обстановку с демографией.

В лидерах по средней продолжительности жизни устойчивое положение занимает Швейцария (80 муж.; 85 жен.), Япония (79 муж.; 86 жен.),



Израиль(79муж.;83жен), США(76муж;81 жен). Конечно. это связано и с крепкой, богатой экономикой,и с правильными медицинскими доктринами по уходу за населением предпенсионного возраста,и с национальными обычаями и традициями,пристрастием к здоровому образу жизни,количеству населения страны. Значительно хуже показатели у России (62 муж;74 жен) и Украины(63 муж;74 жен).Фактически средняя продолжительность жизни мужчин не доходит даже до нынешнего года получения пенсионных пособий-65 лет.Совсем низкие показатели мы видим у стран Африканского континента,средняя продолжительность жизни мужчин и женщин не превышает и 45 лет..

«Статистика по Covid-19»

Проблема коронавирусной инфекции по-прежнему очень актуальна в наше время, и чтобы лучше разобраться в ней мы не можем не прибегнуть к соответствующей статистике.

Лидер по заражениям Covid-19 это США- 81 млн случаев .Причины от части из-за того,что на начальной стадии распространения инфекции она попросту игнорировалась властями ,от части из-за большой части населения страны,которое пренебрегало средствами защиты.Также в антирекордах держится и Индия –зарегистрировано 41 млн случаев.Связано это с густонаселенностью страны -1 млрд 424 млн человек,а также коллективным образом жизни.Как известно ,простое население Индии не славится большими богатствами,большинство людей живет очень бедно,недополучает мед.помощь,постоянно подвергается различным заболеваниям и инфекциям.Все это сыграло свою роль.Что же касается нашей страны?Россия по заболеваниям ковид 19 находится на 7 месте ,зарегистрировано 17 млн 715 тыс случаев.Самый страшный период уже пережит, Министерство здравоохранения и в том числе прививки «Спутник» успешно борются с распространением этого недуга.

Как можно заметить, коронавирусная инфекция практически бессильна против людей молодого возраста.Смертность среди 1-19 лет



практически 0 процентов. К 50-55 годам все тот же низкий процент- 1,4. И лишь к 60-80 годам она начинает набирать обороты и составляет уже 8%-14,8%. Это связано, в первую очередь, с хроническими заболеваниями, которые лишь осложняют процесс лечения от коронавируса.

Больше всего от коронавирусной инфекции пострадала, конечно же, центральная Россия. В одной только Москве свыше 2 млн 700 тыс случаев. В Московской области исключая столицу почти миллион человек. Не сильно отстала Северная столица нашего государства- почти полтора миллиона случаев. На Урале «лидирует» Свердловская область- чуть выше 410 тыс. случаев. Затем идут: Нижегородская область, Самарская область, Воронежская область, Ростовская область, где число заболевших колеблется от 400 тыс. чел до 358 тыс. человек. Меньше всего от коронавирусной инфекции пострадал дальневосточный регион нашей страны, Камчатка, ЯНАО (135 тыс. случаев, летальных 1008).

А теперь рассмотрим статистику в сфере здравоохранения РФ, самые важные вопросы.

Заработная плата медицинских работников всегда была насущной проблемой в жизни российского общества. Из года в год она волнует тех, кто так или иначе связан с медицинской деятельностью. И хотя за последние годы определенные положительные сдвиги все-же наблюдаются, они по-прежнему слишком малы по сравнению с установившимся ростом цен и инфляцией в РФ, нестабильностью национальной валюты из-за многочисленных санкций. Средняя зарплата фельдшера по Москве будет доходить до 75-80 тысяч рублей. В регионах периферии дело обстоит совсем иначе. Зарплата в них составляет диапазон от 17 000 рублей до 25 000 рублей. Многим специалистам приходится работать на двух работах, брать дополнительные дежурства, работать на полторы ставки, чтобы обеспечить свою семью. Все это сказывается и на самом здоровье фельдшера или любого мед. работника, происходит постепенное психо-эмоциональное выгорание и обострение хронических заболеваний на фоне этого. Поэтому к выбору места



работы, будь то ФАП или станция СМП, нужно подходить максимально ответственно, и рассчитывать как и свои финансовые потребности, так и любовь к данному режиму работы.

На территории СНГ и стран Балтии больше всего за месяц получают врачи из Эстонии – 1239\$

На втором и третьем местах соответственно Латвия и Литва 1038\$ и 832 \$

Россия находится на 4 месте- 432\$ в месяц.

Катастрофически низкий показатель на Украине -118\$.

Заработные платы указаны до вычета налогов.

Основные причины выгорания медицинских работников:

- 1).24%-высокая административная нагрузка
- 2).22%-низкая оплата труда
- 3).19%-неэффективное руководство
- 4).17%-неудобные ИТ системы
- 5).10%-неблагоприятная психологическая обстановка в коллективе

Статистика о нынешней ситуации в сфере здравоохранения

1.В среднем по России на *одного* врача приходится *трое* сотрудников со средним медицинским образованием.

2.Несмотря на то, что министерство здравоохранения финансирует все новые и новые бюджетные места, общая численность врачей в ряде регионов *стремительно падает*. В особом дефиците рентгенологи, фтизиатры.

3.*Обеспеченность мед.персоналом на селе в 5 раз ниже, чем в городе. Население таких поселков начинает существенно сокращаться, а средний возрастной состав начинается с цифр пожилого возраста.*



СОВРЕМЕННЫЕ БРЕНДЫ НАРОДНЫХ ПРОМЫСЛОВ И РЕМЕСЛА НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ

Несмотря на то, что на первый взгляд кажется, будто народные промыслы «канули в лету» и о них все забыли, в действительности дело обстоит вовсе не так. Сегодня, в каждом уголке Северного Кавказа, мастера, не покладая рук, ежедневно трудятся. Конечно, потребность в этих изделиях уже не та, что в былые времена, но совсем не востребованными они остаться не могут. Во все времена были и есть истинные ценители народных промыслов. Потому что последние на протяжении многих веков неизменно несут в себе культуру, быт народа, его дух. Как мы убедились посредством проведенного небольшого анализа народных промыслов Кавказа, даже менталитет накладывает свой отпечаток, он проявляется в работе мастера. Где-то наблюдается утонченность в деталях и изысканность, а где-то, напротив, ее нет, и отдается предпочтение прочности, крепости, делается ставка на долговечность. Но самое главное то, что народные промыслы неотделимы от культуры народа, являются неотъемлемой ее частью, и именно поэтому необходимо сохранять эти традиции, пронося их сквозь времена и передавая из поколения в поколение.

Табасаранские ковры

Ковроткачество в Дагестане - один из древних народных промыслов, который сейчас находится на грани исчезновения. И все же некоторые энтузиасты пытаются построить бизнес на старинном ремесле. Общеизвестным центром дагестанского ковроткачества остаётся Табасаранский район.

Одной из визитных карточек Табасаранского района традиционно является ручное ковроткачество, известное в Южном Дагестане еще с VI века. Табасаранские ковры, вытканые натуральными нитями с использованием натуральных красок (корни марены, кора ореха, листья



дуба), отличались повышенной прочностью, яркостью и долговечностью. Срок жизни ковра составлял 250-400 лет, тогда как у знаменитых персидских — 100-150 лет.

В советское время 80 процентов производства всех ковров приходилось на Дагестан, где в год выпускались сотни тысяч квадратных метров изделий. Расцвет ковроткачества в Табасаранском районе пришелся на 60-80-е годы прошлого века, когда на предприятиях отрасли работали от 5 до 12 тысяч коврощиц. Подавляющая часть шла на экспорт и составляла главный источник поступления валюты в республику.

С развалом СССР из-за отсутствия спроса в Дагестане были закрыты почти все ковровые фабрики, цеха и артели. Рынок наводнили дешевые изделия из Юго-Восточной Азии и искусственные ковры из Европы. Кустарное производство поддерживалось лишь у надомников нескольких районов Южного Дагестана, где несколько сот мастериц особо берегли старые традиции изготовления ворсовых и безворсовых ковров. В новом тысячелетии местные власти начали предпринимать меры по возрождению и поддержке традиционных народных ремесел. Сегодня Дагестан в состоянии выпускать до 200 тысяч квадратных метров ковровых изделий в год. Объем ковровой продукции достаточен для вывода республики из дотационного состояния.

Табасаранские ткачи наладили производство ковров с заказанными портретами — государственных деятелей, частных лиц. Любому солидному господину захочется иметь дома такой напольно-настенный «портрет». Нынешняя стоимость квадратного метра ковра ручной вязки превышает 30 тысяч рублей, размеры же заказов ограничены лишь кошельками потребителей. Знатоки утверждают, что продажа одного ковра позволяет семье несколько месяцев вполне сносно существовать по здешним меркам. К тому же местные ковры с использованием исключительно натуральных красок и волокон с удовольствием покупают в Европе, где не признают ничего искусственного. Дело только за инициативой.



Балхарская керамика

Талантлив и трудолюбив народ Дагестана. С незапамятных времен, да и сейчас, каждый аул в Дагестане занимался своим, отличным от других ремеслом.

Балхары – делают удивительную посуду, причем этим занимаются только женщины.

Их родной аул Балхар расположен всего в 160 километрах от Махачкалы. Но добраться до него не так-то просто по горной дороге. Так сложилось веками, что различными ремеслами здесь тоже занимаются женщины.

Балхарская посуда необычайно красива. Стройностью пропорций, тонким легким «черепком», изящным орнаментом она близка лучшим образцам античной керамики. Недаром некоторые сосуды напоминают древнегреческие амфоры. А главное, в керамике живет частица души и любви к своему делу мастерицы.

Роспись сосудов напоминает ажурное кружево. Она строится чаще всего по горизонтали и складывается из простых орнаментов: завитков, кругов, волнистых и прямых линии, штрихов, точек. Обведенные двумя-тремя линиями плоскости остаются незаписанными либо заполняются тонкими параллельными штрихами. Низ тулова обычно украшают концентрическими кругами.

Балхарские мастера изготавливают не только предметы домашнего обихода, но и *необычные керамические игрушки: свистульки, сюжетные композиции на тему сказок, бытовых и трудовых сцен.*

Балхарские мастера признаны лучшими на IV Международном фестивале гончаров, проходившем с 6 по 10 сентября 2010 года в городе Скопине Рязанской области, на родине уникального гончарного промысла России. Раз в три года этот представительный форум собирает на Рязанской земле лучших мастеров гончарного ремесла из 36 регионов Российской Федерации и стран ближнего и дальнего зарубежья.



В нем принимали участие делегации из Румынии, Мальты, Дании, Польши, Белоруссии, Украины, Молдавии. Дагестан представляла самая большая делегация. По итогам фестиваля жюри, сформированное ассоциацией «Народные художественные промыслы России», определило победителей.

Дагестанские мастера гончарного дела завоевали 9 дипломов. В номинации «Промыслу, сохранившему традиции» награждено село Балхар.

Кубачинский художественный комбинат

Аул Кубачи — одно из самых известных и прославленных горных селений Кавказа. Оно расположено в горах Дагестана на высоте 1800 м над уровнем моря. Окружающая природа и архитектура самого села настолько самобытны, что его с полным правом можно считать музеем под открытым небом. Аул Кубачи широко известен как центр ювелирного, медно-чеканного, оружейного дела, а также промыслов по обработке камня и дерева. Слава Кубачей связана с вековыми традициями в *начале мастеров-кольчужников, позже златокузнецов, украшавших холодное и огнестрельное оружие, а также ювелиров.*

В Кубачинском ювелирном искусстве с начала XX века используются разнообразные виды гравировки, которая отличается от всех известных аналогов. Это отличие проявляется в формах резцов, их заточке, приемах нанесения с их помощью узоров на декорируемую поверхность.

Изделия Кубачинского Художественного Комбината давно приобрели мировую известность, они выставлялись на 27 региональных и 12 Всемирных выставках, где удостоились 18 золотых и серебряных медалей, в частности, 1958 г. — Брюссель (Бельгия), 1967 г. — Монреаль (Канада), 1970 г. — Осака (Япония), 1981 г. — Загреб (Югославия), 1982 г. — Копенгаген (Дания), 1982 г. — Дюссельдорф (Германия) — золотые медали, Лейпциг, Оклахома, Стамбул и др.

В последнее время кубачинские мастера заняты *возрождением искусства женских украшений, забытых декоративных приемов, а также*



работают над созданием новых уникальных изделий в соответствии с меняющейся рыночной конъюнктурой.

У комбината мощный творческий потенциал. На предприятии работали лауреаты Государственной премии России им. И. Репина Расул Алиханов, Гаджи-Бахмуд Магомедов. И сейчас трудятся заслуженные художники России, члены Союза художников России, не менее талантливые молодые мастера.

Ингушский бренд SHADI

По сегодняшний день ингушские умельцы продолжают удивлять нас своими талантами. И среди них есть даже те, что не имеют аналогов как в России, так и в мире. Основатель бренда SHADI, мастер-кожевник Ахмед Шадиев производит изделия из рыбьей кожи. Уникальные технологии, разработанные мастером, не только обладают новизной и особым шармом, а плюс ко всему и экологичны. Рыбья кожа, как оказалось, по многим критериям превосходит известные нам издавна, как используемые в производстве, кожи других млекопитающих: будучи водонепоглощаемой и в 3 раза прочнее, чем, к примеру, телячья кожа, она, вдобавок, позволяет применять абсолютно экологичную технологию.

Шадиев потратил около 10 лет на то, чтобы претворить в жизнь свою идею, создать и «поставить на ноги» свой бизнес, он первым получил сертификат, подтверждающий то, что его продукция соответствует ГОСТу. Сейчас бренд SHADI выпускает одежду, обувь, сумки, ремни и множество других изделий, отличающихся своей необыкновенностью.

В настоящее время продукция SHADI реализуется в Кисловодске и Ессентуках, Москве и Санкт-Петербурге, Днепропетровске, с инициативой открытия аналогичного производства к Шадиеву обратились китайцы, поступают заказы из Израиля, Италии, Казахстана и Франции.

Сегодня магазин «SHADI» есть только в Пятигорске, в Назрани же можно звонить прямо на фабрику. Скоро Ахмед Шадиев планирует открыть магазины в Москве и Санкт-Петербурге. В них можно будет не только



купить готовые изделия, но и сделать персональный заказ. В Ингушетии изобретением Ахмеда по праву гордятся и рассчитывают, как бы неожиданно это ни было, сделать рыбью кожу полноправным национальным брендом.

Законодателя «рыбьей» моды отличает высокий патриотизм. Многими европейскими брендами предпринимались попытки так сказать «переманить» Шадиева, но он наотрез отказывается покидать республику, намерен непременно закрепить свой бренд за Ингушетией. Его производство набирает обороты, популярность изделий возрастает, многие представители модной индустрии желают сотрудничать с Шадиевым.

