

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
Ставропольского края  
«Ставропольский базовый медицинский колледж»

# *Сборник материалов*

МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

## *«Молодежь и наука XXI века»*



г. Ставрополь, 07.06.2024г.

*Буракова Юлия  
Руководитель преподаватель А.Н. Белясникова*

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В РОССИИ**

2024 г объявлен Президентом Российской Федерации годом Семьи.

«Семья — это не просто основа государства и общества, это духовное явление, основа нравственности» В. В. Путин

Изучение истории развития семейного законодательства в России стало предметом нашего исследования, поскольку позволяет установить время возникновения и хронологию развития институтов семейного права в России.

До принятия христианства на Руси семейные отношения регулировались обычным правом.

После принятия христианства, ставшего официальной религией после язычества, регулирование семейных отношений на Руси осуществлялось по модели византийского брачно-семейного законодательства **Номоканона**, который дополнялся постановлениями русских князей и получил название **Кормчей книги**. По кормчим книгам 1274 г. для заключения брака надо было соблюсти установленный законом возраст. Кормчая разрешала брак в двенадцать лет для девушки и в пятнадцать лет для юноши. Это первое условие для брака не согласовывалось с обычаями – в России традицией было женить детей в 8-10 лет.

Среди источников семейного права известное место занимает **Домострой** — свод правил семейной жизни, который был составлен в середине XVI века.

Вот некоторые из правил:

1. Главенствующую роль в семье играл мужчина.
2. Женщина в доме должна быть «чиста и послушна». Её основные обязанности — воспитывать детей и следить за порядком в доме.
3. Детей растили в строгости, за провинности были предусмотрены наказания.

4. Каждый должен заниматься своим делом и стараться выполнять свои обязанности.

5. Рекомендовалось помогать людям «во всякой нужде», «кому хуже, чем тебе» — бедным, голодным, больным, заключённым и т. д.

6. Основа общения — традиционные христианские ценности: не красть, не лгать, не гневаться, не завидовать, не обижать, не блудить и т. д.

**В 1551 г.** на Руси был принят **Свод канонического права**. Брачно-семейными делами, как и в Византии, занималась церковь. Православная церковь ввела церковную форму заключения брака, устранила многоженство, установила пределы свободы расторжения брака.

Далее начинается процесс создания светского права, которое постепенно вытесняет византийское законодательство и русское церковное право.

**Соборное Уложение 1649 года** установило, что брак заключается только с согласия самих брачующихся и родителей лиц, вступающих в брак. Браки крепостных крестьян заключались лишь с разрешения их господ-помещиков.

Основные источники правового регулирования семейных отношений данного периода: **Свод Законов Гражданских как составная часть свода законов Российской Империи; Указы Петра I, Екатерины II, Александра I, Николая II, Александра II.**

Основы семейного права в России заложил **Пётр I**, который одним из первых своих указов провозгласил принцип добровольности вступления в брак, отменил ответственность за расторжение помолвки. Кроме того, Пётр ввёл **Устав**, суть которого заключалась в том, что запрещалось женить «дураков, которые ни в науку, ни в службу не годятся»: при венчании было необходимо предъявить справку о знании арифметики и геометрии.

Однако самым важным нововведением было другое: священников во всех приходах обязали регистрировать все акты гражданского состояния, что

стало первой попыткой создания общей для всей страны системы правового учёта семейного положения граждан. После смерти Петра изменения в законодательстве о браке вносились, но не были столь революционными.

**Характерные особенности семейного права Российской Империи:**

- при сохранении связи семейного права с церковными правилами усиливается роль светского законодательства;
- сословный характер семейного законодательства;
- усиление роли личности женщины в семейных отношениях;
- усложняется процедура расторжения брака;
- смягчается власть родителей над своими детьми;
- существует различие в правовом положении детей, рожденных в браке, и внебрачных детей.

После Октябрьской революции 1917 года начался период становления так называемого «советского семейного права», первыми источниками которого были декреты ВЦИК и СНК РСФСР от **18 декабря 1917 года «О гражданском браке, о детях и о ведении книг актов состояния»** и от **19 декабря 1917 года «О расторжении брака»**.

На основании вышеназванных декретов **22 октября 1918 года** был принят первый семейный кодекс - **«Кодекс законов об актах гражданского состояния, брачном, семейном и опекунском праве»**. Интересно, что это был первый кодифицированный закон в истории советского государства. Учёт браков некоторое время вели в НКВД, а позже появились отделы записей актов гражданского состояния (ЗАГСы).

**Характерные черты семейного права России периода 1917-1926 гг:**

- утрачивает правовое значение церковный брак;
- закрепляется свобода расторжения брака под контролем государства;
- уравниваются в правах законные и незаконнорожденные дети;
- вводится институт судебного установления отцовства;
- еще более упрощается процедура развода;
- вводится институт признания брака недействительным;

- закрепляется принцип раздельности имущества супругов, а также родителей и детей;
- вводится институт опеки;
- не признается усыновление.

Новые социально-экономические условия в связи с окончанием Гражданской войны и переходом к мирной жизни потребовали разработки нового семейного кодекса, который был принят 19 ноября 1926 года и введен в действие с 1 января 1927 года.

#### **Основные новеллы Кодекса законов о браке, семье и опеке 1926 г.:**

- кодекс предусматривал возможность признания юридической силы за фактическими брачными отношениями;
- режим раздельности супружеского имущества был заменен на режим общности;
- наряду с судебным был предусмотрен регистрационный порядок установления отцовства в загсе (по заявлению матери с последующим извещением лица, записанного отцом, если в течение года он не оспаривал отцовство в суде, то в дальнейшем право на опровержение отцовства утрачивалось);
- был установлен единый брачный возраст для мужчин и женщин - 18 лет;
- было ограничено одним годом после расторжения брака право на получение содержания нетрудоспособного нуждающегося супруга;
- из кодекса был исключен институт признания брака недействительным;
- был отменен судебный порядок расторжения брака. Брак расторгался только в загсе, причем участие второго супруга было не обязательно, он лишь извещался о разводе;
- был восстановлен институт усыновления.

Важным законодательным актом в истории семейного права рассматриваемого периода был Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 года «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства

и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства».

Указом от 8 июля 1944 года ужесточался порядок развода. Чтобы расторгнуть брак, необходимо было обратиться в народный суд. После этого в местной газете публиковалось объявление, а на суде супругам предлагалось отказаться от расторжения брака.

Третья послереволюционная кодификация семейного права была проведена в период с 1968 по 1970 годы. 27 июня 1968 года были приняты Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о браке и семье. Затем в их развитие были приняты кодексы о браке и семье во всех союзных республиках бывшего СССР. В РСФСР КоБС был принят 30 июля 1969 года и введен в действие с 1 ноября этого года.

Помимо КоБС РСФСР, следует обратить внимание и на другие источники правового регулирования семейных отношений в период с 1969 по 1995 годы. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 20 февраля 1985 года «О некотором изменении порядка взыскания алиментов на несовершеннолетних детей» была предусмотрена возможность единоличного рассмотрения судьей без возбуждения гражданского дела бесспорных дел о взыскании алиментов на содержание несовершеннолетних детей.

Существенные изменения в семейное законодательство были внесены Законом СССР от 22 мая 1990г. «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты СССР по вопросам, касающимся женщин, семьи и детства». Данный закон предоставлял детям право самостоятельно обращаться за защитой своих прав и интересов в органы опеки и попечительства. Была предусмотрена возможность исключения из общего имущества супругов имущества, нажитого после фактического прекращения брачных отношений без оформления развода. Был введен институт немедленного отобрания детей у родителей органами опеки и попечительства с последующим предъявлением иска в суд о лишении родительских прав.

18 ноября 1994 года был принят Федеральный закон «О внесении изменений и дополнении в Кодекс о браке и семье РСФСР», направленный на изменение института алиментных обязательств.

Существенные изменения в институт усыновления были внесены Федеральным законом от 7 марта 1995 года «О внесении изменений и дополнений КоБС РСФСР, УК РСФСР, УПК РСФСР, Кодекс РСФСР об административных правонарушениях».

**Семейный кодекс РФ от 29.12. 1995 г. N 223-ФЗ** пришел на смену Кодексу о браке и семье РСФСР и вступил в силу **01.03.1996 г.**

В нем отражены важнейшие вопросы семейного права: заключение и прекращение брака, признание его недействительным; права и обязанности супругов, родителей и детей; формы и порядок устройства в семью детей, оставшихся без попечения родителей, и другое.

Правовое регулирование основывается на принципах добровольности брачного союза, равенства прав супругов, разрешения внутрисемейных вопросов по взаимному согласию, приоритета семейного воспитания детей, заботы об их благосостоянии и развитии, приоритетной защиты прав и интересов несовершеннолетних и нетрудоспособных членов семьи. В целом основные положения этого семейного кодекса продолжают действовать в нашей стране и сегодня.

***Фёдорова Екатерина  
Руководитель преподаватель Кочеткова Светлана Николаевна***

## **ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ: ВЗГЛЯД ПОДРОСТКОВ НА АКТУАЛЬНУЮ ПРОБЛЕМУ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА**

В 2024 году проведена политика по популяризации государственной политики в области защиты семьи и сохранения традиционных ценностей, о чем было написано в указе президента России Владимира Путина. Первый год Семьи в России был в 2008 году.

В Год семьи особое внимание уделяется сохранению традиционных семейных ценностей, к которым относятся любовь, верность, уважение,

взаимопонимание и поддержка. Семья — это не просто ячейка общества, но союз двух любящих людей, которые готовы создать свой особый мир с индивидуальным устоем и правилами.

Планирование семьи – комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, проводимых с целью рождения желанных детей, регулирования интервала между беременностями, контроля времени деторождения, предупреждения нежелательной беременности.

Причины создания семьи:

- 1) материальные выгоды от брака;
- 2) неожиданная беременность;
- 3) страх одиночества, боязнь остаться одному к концу жизни или в момент болезни;
- 4) желание сбежать из надоевшего окружения;
- 5) натиск родственников и друзей;
- 6) стремление выглядеть более солидно, повысить свой статус;
- 7) желание воспитывать детей;
- 8) особенности воспитания, предписывающие обязательно обзавестись семьей (особенно при достижении определенного возраста);
- 9) зависть.

Основные функции семьи:

Любовь. Основная потребность каждого человека — это любить и быть любимым. Но не каждый понимает, что прежде, чем любить другого человека, нужно научиться любить самого себя.

Рождение и воспитание детей. Семья может состоять из двух и более человек. Любящие друг друга люди часто хотят завести детей, находя свое продолжение в них. Но родить ребенка — это только начало пути, его еще нужно правильно воспитать. Важно это делать в полной семье и вместе, чтобы личность выросла психологически здоровой и счастливой.

Удовлетворение материальных потребностей. Чтобы в семье было комфортно находиться, необходимо обговорить и вместе решить один из

самых важных вопросов — финансовый. Каждая пара создает свой собственный образ жизни, комфортный для обоих.

Досуг. Совместное проведение свободного времени очень важно для пары. Если супруги заняты только зарабатыванием денег и обустройством дома, то вскоре могут возникнуть эмоциональные проблемы.

Общение, дружба. Люди создают семью от страха одиночества, они не хотят остаться одни в старости. Близкое общение между супругами занимает большое место в счастливом браке.

Физическая близость. В начале отношений возникают страсть, притяжение, но в дальнейшем это перерастает в выражение любви. Это также важный аспект в браке, который очень влияет на удовлетворенность в целом.

Общая цель. Люди, которые решают создать семью, должны иметь общие планы на жизнь, смотреть в одном направлении. Это значительно уменьшит количество конфликтов в паре и поможет создать близость.

Здоровые дети – это наше будущее, а как они могут быть здоровыми, если их родители не обладают достаточной физической силой и здоровьем.

Вопросы сохранения репродуктивного здоровья подрастающего поколения имеют особую значимость в сложившихся социально-экономических и демографических условиях.

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

Репродуктивный потенциал человека – уровень физического и психического состояния организма, который позволяет при достижении социальной зрелости воспроизводить здоровое потомство.

Рост общей заболеваемости детей и подростков, увеличение числа хронической патологии являются основополагающими факторами, влияющими на течение пубертатного периода, способствующими нарушению становления менструальной, а, в дальнейшем, репродуктивной функции.

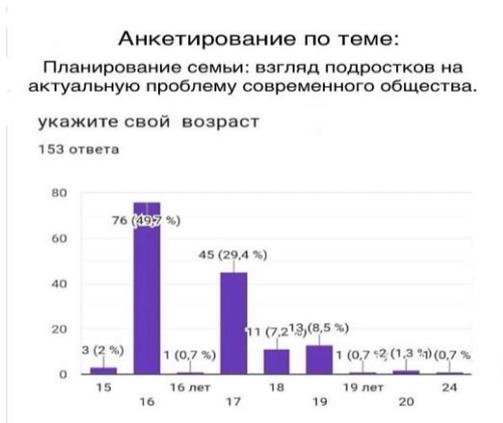
К неблагоприятным для правильного развития репродуктивной системы в подростковом возрасте факторам относятся хронические соматические заболевания, нарушение режима питания, дефицит или избыток массы тела, повышенные физические и умственные нагрузки, неблагоприятные условия.

Основными причинами психогенных факторов являются конфликтные ситуации в семье, школе, семейный алкоголизм, неполные семьи, изолированность ребенка или чрезмерная опека родителями.

Бесплодие – это болезнь мужской или женской репродуктивной системы, определяемая как неспособность добиться беременности после регулярных незащищенных половых актов на протяжении 12 или более месяцев.

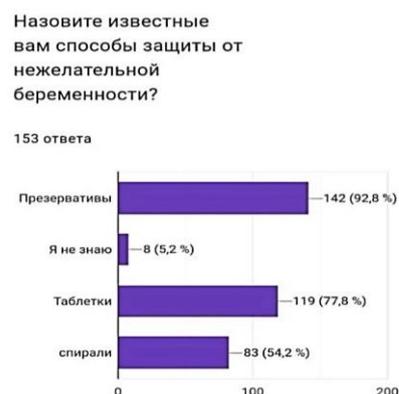
Частота бесплодия в России превышает критический уровень, создавая угрожающую демографическую ситуацию. Бесплодный брак является не только медицинской, но и социальной проблемой. 16% супружеских пар лечатся по поводу бесплодия и тенденции к снижению этой цифры пока нет.

С целью выяснения взглядов подростков на актуальные проблемы современного общества – планирование и охрану репродуктивного здоровья было проведено анонимное тестирование среди обучающихся нашего колледжа. Данные анкетирования представлены на диаграммах слайдов.



Выводы: Вопрос: «Какие вам известны способы защиты от нежелательной беременности?». Большинство ответило:

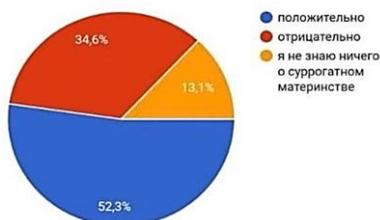
Выводы: В анкетировании приняло участие 153 человека разных возрастов, большинство респондентов было в возрасте 16 лет.



презервативы, но среди опрошенных оказались и те, кто выбрал вариант ответа «Я не знаю».

Как вы относитесь к суррогатному материнству?

153 ответа



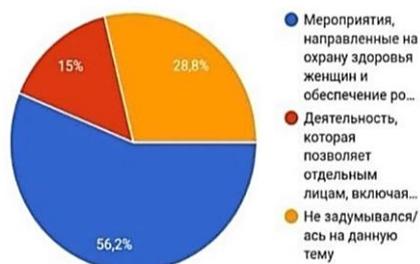
**Выводы:** Большинство

респондентов на вопрос «Что такое планирование семьи?» выбрали вариант ответа: это мероприятия, направленные на охрану здоровья женщин и обеспечение рождения только здоровых и желанных детей, но были и те, кто ответил, что не задумывались на данную тему.

**Выводы:** На вопрос «Как вы относитесь к суррогатному материнству?» большинство ответило положительно, 35% - отрицательно и 13% ответили, что ничего о нем не знают.

Что такое «планирование семьи?»

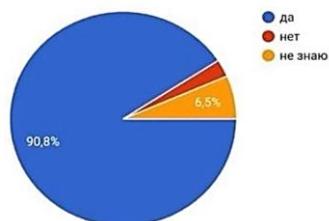
153 ответа



**Выводы:** На вопрос «Обязательно ли нужно перед зачатием ребенка проходить медицинское обследование?» большинство, а именно 91%, ответили положительно, 7% выбрали «не знаю», а меньшинство ответили – «нет».

Обязательно ли нужно перед зачатием ребенка проходить медицинское обследование?

153 ответа

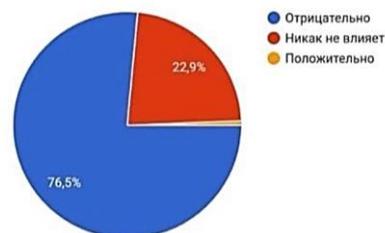


**Выводы:** Вопрос: «Как влияет ранняя

беременность до 18 лет на здоровье». 76,5% считает, что влияние отрицательное, 22,9% - положительное и оставшаяся часть опрошенных считает, что никак не влияет.

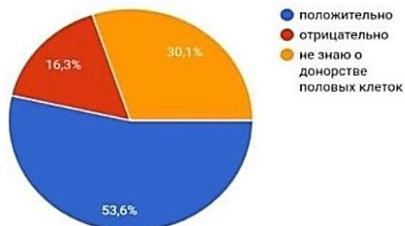
Как влияет ранняя беременность до 18 лет на здоровье?

153 ответа



Как вы относитесь к донорству половых клеток?

153 ответа

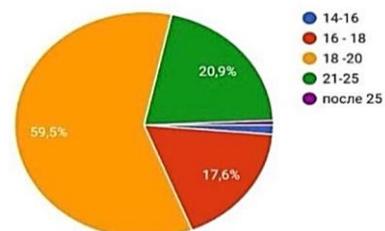


**Выводы:** На вопрос «Как вы относитесь к донорству половых клеток?» 54% ответило положительно, 30% ничего не знают о данной теме и меньшинство, а именно 16%, выбрали ответ: отрицательно.

**Выводы:** Оптимальным возрастом для начала половых отношений 60% считают 18-20лет, 21% - 21-25лет, 18% 16-18лет и оставшаяся часть опрошенных выбрали вариант ответа: 14-16 и после 25лет.

Какой оптимальный возраст для начала половых отношений?

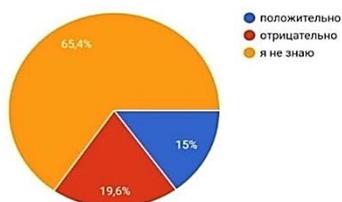
153 ответа



Анкетирование по теме:  
Планирование семьи: взгляд подростков на актуальную проблему современного общества.

Как влияет на организм искусственное оплодотворение?

153 ответа

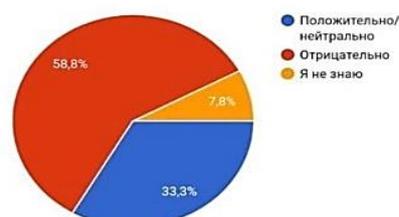


**Выводы:** Вопрос: «Как влияет на организм искусственное оплодотворение?». Большинство опрошенных выбрали ответ: «Я не знаю», 20% считают, что влияние на организм отрицательное и 15% - положительное.

**Выводы:** 59% опрошенных относятся к искусственным методам прерывания беременности отрицательно, 33% - положительно или же нейтрально и оставшаяся часть выбрали ответ: «Я не знаю».

Как вы относитесь к искусственным методам прерывания беременности (абортам)?

153 ответа



Как влияют вредные привычки на беременность?

153 ответа



Выводы: На вопрос “Как влияют вредные привычки на беременность?” большинство, а именно 96%, ответило – отрицательно и лишь 4% опрошенных ответили «Положительно».

*Н.В. Шмаков*

*Руководитель преподаватель Ю.И. Кумпан*

## ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В МЕДИЦИНЕ

### Основные информационные угрозы:

- перехват электронных сообщений;
- применение подслушивающих устройств;
- дистанционное фотографирование;
- перехват акустических излучений и восстановление текста принтера;
- хищение носителей информации и производственных отходов;
- считывание данных в массивах других пользователей;
- чтение остаточной информации в памяти системы после выполнения санкционированных запросов;
- копирование носителей информации с преодолением средств их защиты;
- маскировка под зарегистрированного пользователя;
- мистификация (маскировка под запросы системы);
- использование программных ловушек;
- использование недостатков систем программирования операционных систем;
- включение в библиотеки программ специальных блоков типа «троянский конь».

### Существуют различные механизмы безопасности:

- шифрование;

- цифровая (электронная) подпись;
- контроль доступа;
- обеспечение целостности данных;
- обеспечение аутентификации;
- подстановка трафика;
- управление маршрутизацией;
- арбитраж (или освидетельствование).

**Все средства защиты данных могут быть отнесены к одной из следующих групп:**

- защита аппаратных составляющих компьютера;
- защита линий связи;
- защита баз данных;
- защита подсистемы управления компьютера.

### **Особенности защиты информации в медицинских учреждениях**

Многие данные в медучреждениях попадают в категорию врачебной тайны, здесь хранятся персональные данные, причем как клиентов, так и сотрудников. Сведения о состоянии здоровья — одни из самых интимных, их разглашение может привести ко многим негативным последствиям.

Если кто-то получит доступ к такой информации и захочет использовать ее для своих личных выгод, он сможет причинить ощутимый вред людям. Например, хакеры могут продавать украденные данные на черном рынке или использовать их в мошеннических целях, а также шантажировать организации, допустившие утечку данных. Поэтому уровень информационной безопасности в каждом медицинском учреждении просто обязан быть самым высоким, защита данных — надежной, а подход к работе с данными, их хранению и обработке должен быть проработанным до самых мелочей.

### **Технические аспекты защиты информации**

Универсального метода, который обеспечит 100% защиту информации, не существует. Для того чтобы обезопасить информационную систему,

обычно используется комплекс методов и программ, создаются регламенты по работе с данными для персонала — и чем продуманнее эти меры, тем выше вероятность сохранения данных в неприкосновенности.

### **Методы защиты информации**

Обеспечение безопасности медицинской информации законодательно регламентировано на федеральном уровне.

Для защиты сведений применяют следующие методы:

- организационно-управленческие (обозначение рамок и условий работы ресурсов, регламентация системы взаимодействия между пользователями и администратором сети);
- правовые (ответственность за нарушение правил);
- технические (программное и аппаратное обеспечение, которое защищает от несанкционированного доступа и обеспечивает авторизацию пользователей).

В РФ создают Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

### **Ответственность**

Если произойдет утечка медицинских данных, то клиника, как оператор, обязана возместить нанесенный пациенту ущерб и оплатить штраф от 60 тыс. руб. до 100 тыс. руб. согласно ст. 13.11 КоАП РФ. Наказание за повторную утечку достигает 300 тыс. руб. Сотрудника ждет выговор или увольнение за разглашение персональной информации, а в серьезных случаях – запрет на занятие профессиональной деятельностью до 5 лет или лишение свободы на срок до 4 лет.

**Согласно проекту ЕГИСЗ, сейчас выполняются следующие работы:**

- создаются региональные программы модернизации здравоохранения;

- медучреждения оснащают телекоммуникационным и компьютерным оборудованием, а также средствами информационной безопасности;
- вводятся стандарты информационного обмена в пределах системы;
- создается федеральный центр обработки данных.

### **Уязвимость информационных систем в медучреждениях**

Существует вероятность возникновения следующих нарушений информационной безопасности:

- получение неправомерного доступа к информации, другими словами, нарушение конфиденциальности;
- утрата сведений, вызванная разрушением носителя информации или стиранием данных;
- внесение изменений при прямом доступе к базе данных или через интерфейс системы;
- отказ функционала, связанный с получением доступа к информации;
- получение доступа к базе данных – полное или частичное;
- некорректное функционирование информационной системы вследствие несанкционированного изменения модулей.

Для предотвращения нарушений и хищения данных используют программно-аппаратные средства защиты данных, которые имеют сертификацию ФСТЭК, например, такие, как универсальный шлюз безопасности Traffic Inspector Next Generation FSTEC S100.

### **Способы усиления защиты сведений в информационных системах медицинских организаций**

Построение системы защиты может выполняться в несколько этапов:

- собираются сведения о существующих информационных системах персональных сведений;

- моделируются угрозы безопасности;
- разрабатываются технические задания;
- проектируется система защиты информации;
- разрабатывается организационно-распорядительная документация, которая регламентирует процессы обработки и защиты сведений;
- поставляются, устанавливаются и настраиваются средства защиты информации;
- проводится аттестация информационных систем сведений, согласно требованиям безопасности.

**Рекомендации по обеспечению информационно-психологической безопасности:**

Пункт 1: Установите защиту от вирусов

Пункт 2: Как можно больше общайтесь проводя время со своими близкими, чтобы избежать возникновения Интернет-зависимости.

Пункт 3: Изучите как можно полнее информационные угрозы сети Интернет и регулярно повышайте уровень компьютерной грамотности, чтобы знать, как обеспечить информационную безопасность.

Пункт 4: Научитесь не оставлять в публичном доступе личную информацию: контакты, фото, видео. Запомните принцип Интернет: «Все, что вы выложили, может быть использовано против вас». Желательно оставлять только электронные способы связи.

Например, специально выделенный для подобного общения e-mail или номер icq.

Пункт 5: Оценивайте интернет-контент критически.

Установите «дружеский круг» в Соцсетях. Это Вам поможет контролировать виртуальные отношения.

Помните, что Другом должен быть только тот, кто хорошо известен!

Пункт 6: Средство защиты от хамства и оскорблений в Сети – игнорирование пользователя - ни в коем случае не поддавайтесь на

провокации. Помните, что можно пользоваться настройками приватности; блокировать нежелательного «гостя»: добавить пользователя в «черный список», пожаловаться модератору сайта.

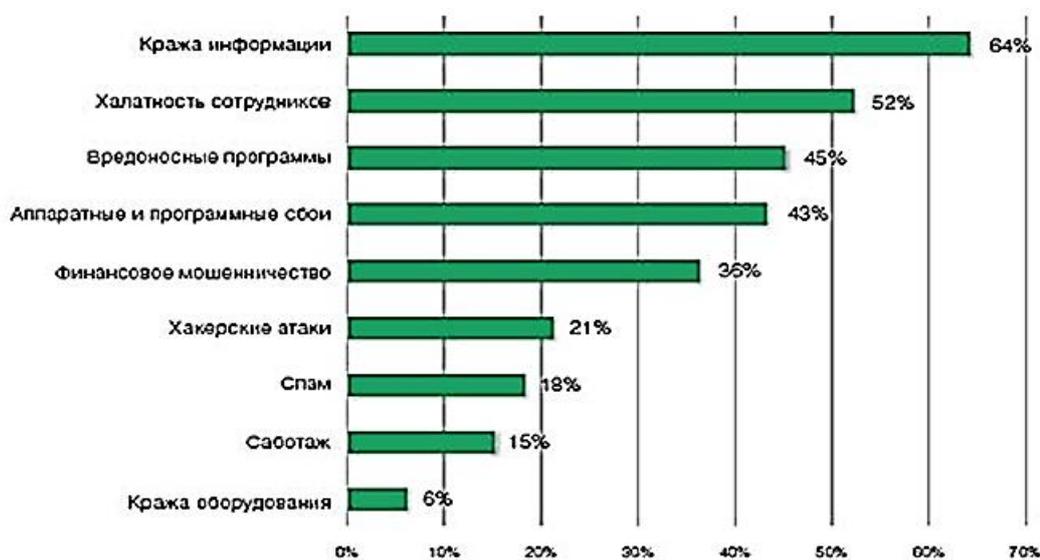
Пункт 7: Избежать неприятного опыта с покупками в Интернет-магазинах можно, придерживаясь нескольких правил: проверьте «черный список», читайте отзывы в Интернете. Вас должна насторожить слишком низкая цена товара, отсутствие фактического адреса и телефона продавца на сайте, стопроцентная предоплата.

В ходе исследования были проанализированы наиболее опасные угрозы информационной безопасности, результаты тестирования учащихся по теме: «Информационная безопасность».

По данным статистических исследований, представленных на 16 июня 2023 в Positive technologies

<https://www.ptsecurity.com/ru-ru/research/analytics/cybersecurity-threatscape-2023-q1/>

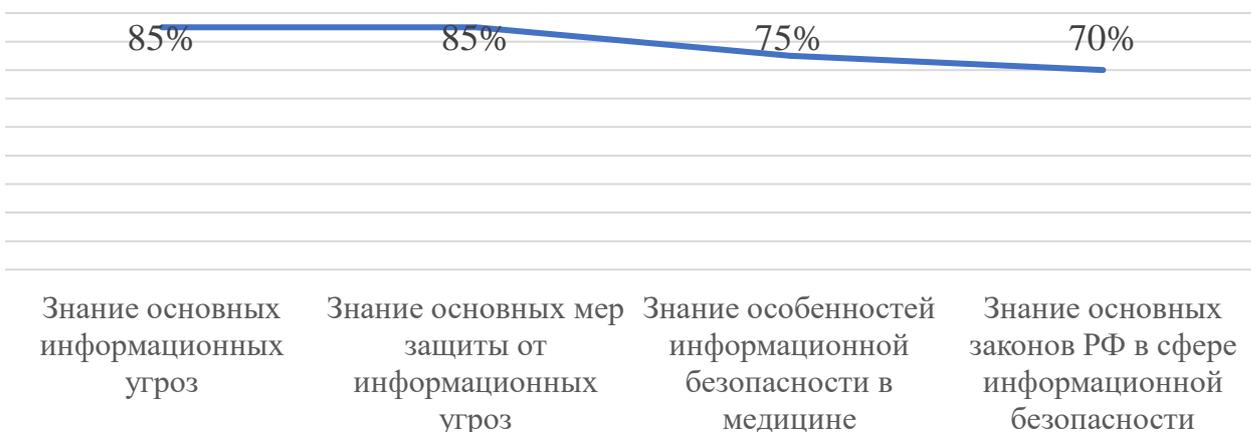
### Наиболее опасные угрозы информационной безопасности



По результатам тестирования учащихся по теме «Информационная безопасность» было выявлено:

Еще 25-30 лет назад задача защиты информации могла быть эффективно решена с помощью организационных мер и отдельных программно-аппаратных средств разграничения доступа и шифрования.

Появление локальных и глобальных сетей, спутниковых каналов связи, эффективной технической разведки и конфиденциальной информации существенно обострило проблему защиты информации.



Проблема надежного обеспечения сохранности информации является одной из важнейших проблем современности и особенно это актуально в сфере медицины поскольку деятельность любой организации в наше время связана с получением и передачей информации, а медицинская информация требует наибольшей степени защиты.

*Колованова Виктория  
Руководитель преподаватель Н.В. Рудакова*

### **ПРОБЛЕМА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ. РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ**

В последние годы наблюдается компьютеризация всех сфер общественной жизни. Рост количества пользователей компьютерных технологий, распространение компьютерных сетей, типа Интернет, различного рода программ – факторы, так или иначе влияющие на каждого. В результате компьютеризации человечество столкнулось с проблемой последствий этой связи «компьютер-психика». О ее актуальности говорит тот факт, что в 1996 году в американской официальной классификации психических болезней появился новый раздел «кибернетические расстройства», которые вызываются переутомлением и стрессами в результате продолжительного пребывания в виртуальной реальности.

*Цель исследования:* выявить уровень интернет-зависимости среди обучающихся, провести сравнительный ретроспективный анализ.

*Задачи:*

1. Провести обзор литературы и интернет-ресурсов по теме исследования.
2. Изучить типы интернет-зависимости.
3. Рассмотреть симптомы данной патологии.
4. Провести практическое исследование по выявлению уровня интернет-зависимости среди обучающихся ГБПОУ СК «Буденновский медицинский колледж».
5. Провести опрос среди родителей и дать им рекомендации по профилактике.

Работа в Интернете может стать источником болезни, и является наркоманией в буквальном смысле слова. Как правило, со стороны чью-то зависимость от интернета увидеть несложно. Порой, мы не успеваем поесть, сделать уроки, пообщаться с реальными друзьями, но уж в сети посидим вволю. Налицо, как видно, сужение круга интересов, уход «сетевых клиентов» от реальной жизни.

Согласно данным последних исследований уход в мир фантазий стал одной из распространенных стратегий поведения современной молодежи в трудных жизненных ситуациях. Например, компьютерная игра становится механизмом бегства определенной части детей и молодежи от реальности. Уже существуют концепции, согласно которым «алкоголем» постиндустриальной эпохи были наркотики, а в информационную эпоху им станут компьютерные игры.

Выделяют пять основных типов интернет-зависимости у молодежи.

1. Киберсексуальная зависимость – непреодолимое влечение к посещению порносайтов и занятиям киберсексом.
2. Пристрастие к виртуальным знакомствам.

3. Навязчивая потребность в Сети – совершение покупок в интернет-магазинах и участие в виртуальных аукционах, конкурсах, лотереях.

4. Информационная перегрузка (навязчивый web-серфинг) – бесконечные путешествия по Сети, беспорядочный поиск информации.

5. «Гейм-зависимость» – пристрастие к компьютерным играм.

Психологические симптомы интернет -зависимости:

- Хорошее самочувствие или эйфория за компьютером.
- Невозможность остановиться.
- Увеличение количества времени, проводимого за компьютером.
- Пренебрежение семьей и друзьями.
- Ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером.
- Ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности.
- Проблемы с работой или учебой.

Физические симптомы:

- Синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц).
- Сухость в глазах.
- Головные боли по типу мигрени.
- Боли в спине.
- Нерегулярное питание, пропуск приемов пищи.
- Пренебрежение личной гигиеной.
- Расстройства сна, изменение режима сна.

Наиболее важное значение для гармоничного формирования личности ребенка является родительское воспитание. Первым институтом социализации для ребенка является семья. Прежде всего, родители должны больше времени проводить с ребенком, интересоваться его увлечениями. Родители, которые занимаются своими собственными делами, сами провоцируют ребенка искать поддержку и общение в сети интернет.

Исследование по выявлению интернет-зависимости проводилось на базе Буденновского медицинского колледжа, среди обучающихся 2 курса специальность «сестринское дело». Исследование включало в себя 3 этапа.

На первом этапе был проведен опрос 50-и респондентов, что составило 100%. Возраст респондентов: от 17 до 22 лет. Обучающимся было предложено ответить на 8 вопросов анкеты, которые представлены на слайде, с вариантами ответов ДА или НЕТ.

1. Чувствуете ли Вы себя озабоченным Интернетом (думаете ли Вы о предыдущих онлайн сеансах и предвкушаете ли последующие)?
2. Ощущаете ли Вы потребность в увеличении времени, проведенного в Сети?
3. Были ли у Вас безуспешные попытки контролировать, ограничить или прекратить использование Интернета?
4. Чувствуете ли Вы себя усталым, угнетенным или раздраженным при попытках ограничить или прекратить пользование Интернетом?
5. Находитесь ли Вы онлайн больше, чем предполагали?
6. Были ли у Вас случаи, когда Вы рисковали получить проблемы в работе, учебе или в личной жизни из-за Интернета?
7. Случалось ли Вам лгать членам семьи, врачам или другим людям чтобы скрыть время пребывания в сети?
8. Используете ли Вы Интернет для того, чтобы уйти от проблем или от дурного настроения (например, от чувства беспомощности, виновности, раздраженности или депрессии)?

Проведя анализ исследования, получились следующие результаты. 54% респондентов являются обычными пользователями интернета, 30% - имеют склонность к интернет-зависимости, а 16 % анкетированных интернет-зависимы.

На втором этапе был проведен ретроспективный сравнительный анализ полученных данных, с данными такого же исследования за 2019 год, среди обучающихся колледжа, где обычными пользователями интернета являлись

70% респондентов, 22% - имели склонность к интернет-зависимости, а 8 % анкетированных интернет-зависимы.

Таким образом, мы видим, что за 5 лет возросло количество интернет-зависимых на 8%, и уменьшилось количество обычных интернет пользователей на 16%.

Третьим этапом исследования являлся опрос родителей. В анкетировании принимало участие 20 человек. Анкета состояла из пяти вопросов.

1. На вопрос «Сколько времени проводит в интернете ваш ребенок?» До 3 часов в сутки – 3 человека, до 6 часов в сутки- 7 человек, более 6 часов – 5 человек, не слежу за этим – 5 человек.

2. Знаете ли Вы какие сайты и чаты посещает ваш ребенок? Да – 4 человека, знаю частично – 13 человек, Нет – 3 человека.

3. Жертвует ли своим сном ваш ребенок ради ночных подключений к Интернету? редко- 6 человек, часто - 7 человек, не слежу за этим - 7 человек.

4. Отказывается ли ваш ребенок от встреч с друзьями или от свидания ради подключения к Сети? Редко- 12 человек, часто -3 человека, не слежу за этим 5 человек.

5. Проводите ли вы беседы со своими детьми по поводу мошенников и экстремистов в Сети Интернет? Да - 17 человек, Нет - 3 человека.

Проведя анализ полученных данных можно сделать вывод, что половина опрошенных родителей знают о жизни детей в интернете поверхностно, а четвертая часть вообще не интересуется данной стороной жизни своего ребенка. В связи с этим были разработаны рекомендации для родителей:

1. Контролируйте время нахождения своего ребенка в сети Интернет.  
2. Беседуйте с детьми о том, что они узнают с помощью Интернета, какие сайты посещают, в каких чатах общаются.

3. Объясните сыну или дочери, что в Интернете встречаются как полезная, так и вредная информация.

4. Мотивируйте своих детей на общение в реальном мире и участие в семейных делах.

5. Соблюдайте режимные моменты, за час до сна никаких гаджетов.

6. Введите правило «день без интернета». На этот день можно запланировать семейный отдых, поездки на природу, посещения аттракционов, аквапарка, поход в кинотеатр.

7. Повышайте собственный уровень компьютерной грамотности, чтобы знать, как обеспечить безопасность ваших детей.

И на конец, нельзя забывать, что компьютерные технологии оказывают глубокое воздействие на психику и сознание человека. Психиатрия уже признала факт зомбирующей и отупляющей роли интернета. Спасибо за внимание!

#### **Источники**

1. Боровиков А.М. «Модус контроля как фактор стрессоустойчивости при компьютеризации профессиональной деятельности» // Психологический журнал т.21, №1, 2021г.

2. Бирюков В. «Сеть и наркомания». Компьютерный еженедельник «Компьютера» №16, 2020г <https://infourok.ru/>

*Сытникова Дарья, Заиченко Виктория  
Руководитель преподаватель Черкесова А.А.*

#### **АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА**

**Актуальность:** рассмотрение темы с увеличением численности детей, которые страдают искривлением позвоночника и отсутствием понимания важности данной проблемы.

**Цель исследования:** раскрыть основные причины врожденных и приобретенных аномалий позвоночника с целью ознакомления с данным вопросом обучающихся.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить литературу по выбранной теме.

2. Провести исследование по выявлению наличия или отсутствия нарушений позвоночника среди обучающихся.

3. Сделать выводы по итогам исследования.

4. Предложить ряд рекомендаций по профилактике заболевания.

**Методы исследования:**

1. Теоретический анализ научной литературы по теме.

2. Анкетирование.

3. Сравнение, выводы: изучить уровень информированности учащихся о сколиозе, его причинах и профилактике; разработать рекомендации по профилактике сколиоза.

**Предмет исследования:** позвоночный столб.

**Объект исследования:** обучающиеся.

**Практическая значимость работы** состоит в том, что выявить нарушения позвоночного столба и провести профилактическую беседу; для применения во внеурочной деятельности.

Аномалии развития позвоночника – врожденные состояния, сопровождающиеся изменением числа или конфигурации позвонков. По наблюдениям специалистов, любая аномалия развития позвоночника снижает статическую устойчивость позвоночного столба и повышает вероятность развития приобретенных болезней позвоночника.

Так как симптоматика зависит от локализации появления поражения, то необходимо обращать внимание на явные ранние клинические симптомы заболевания у детей, такие как малоподвижная шея, слабость мышц, отеки и многие другие.

Такие симптомы ребенка говорят об аномалии развития позвонков.

Достоверно причины врождённых аномалий развития позвоночника врачам не известны. Специалисты предполагают, что проблема может быть связана с:

– воздействием на организм будущей матери и на плод в утробе радиоактивного излучения и экологических факторов;

- неправильным расположением плода в утробе;
- наличием вредных привычек у беременной;
- хроническими заболеваниями будущей матери и болезнями, которые она перенесла в период вынашивания ребенка.

Существуют различные классификации, так например: по генезу, с клинической точки зрения, аномалии развития тел позвонков, количества позвонков и др.

Каждая группа аномалий развития весьма многочисленна. Остановимся только на наиболее важных или часто встречающихся пороках.

### **Аномалии развития тел позвонков:**

1. **Аномалии развития зуба II шейного позвонка**
2. **Брахиспондилия** – врожденное укорочение тела одного или нескольких позвонков.
3. **Микроспондилия** – малые размеры позвонков.
4. **Платиспондилия** – уплощение отдельных позвонков, приобретающих форму усеченного конуса. Может сочетаться со сращением или гипертрофией позвонков.
5. **Позвонок клиновидный** – Позвонки под действием нагрузки сдавливаются и располагаются в виде клиновидных костных масс между нормальными позвонками.
6. **Позвонок бабочковидный** – не резко выраженное расщепление тела позвонка, распространяющееся от вентральной поверхности в дорсальном направлении на глубину не более  $\frac{1}{2}$  сагиттального размера тела позвонка.
7. **Расщепление тел позвонков** (*син.: spina bifida anterior*) – возникает при не слиянии парных центров окостенения в теле позвонка, обычно в верхнегрудной части позвоночного столба. Щель имеет сагиттальное направление. Такая патология со временем может привести к слабости мышц вплоть до недержания мочи и кала. В более зрелом возрасте мышцы могут полностью атрофироваться.

8. **Спондилолиз** – не сращение тела и дуги позвонка, наблюдается с одной или обеих сторон. Встречается почти исключительно у V поясничного позвонка. К признакам можно отнести периодические умеренные боли в области поясницы, в случае длительного сидения в вынужденной позе, резком вставании с места, длительной и продолжительной ходьбе, и гораздо реже при наклонах туловища.

9. **Спондилолистез** – соскальзывание или смещение тела вышележащего позвонка кпереди (крайне редко – кзади) по отношению к нижележащему позвонку. Внешне в поясничной области при спондилолистезе заметна впадина, образующаяся в результате западания остистых отростков вышележащих позвонков. Такая патология обнаруживается в 67 % случаев, преимущественно это касается мужчин, которые заняты тяжелым физическим трудом. Чаще всего спондилолистез бывает в поясничном отделе, очень редко - в шейном. Признаками и проявлениями клинической картины могут быть болевые синдромы в поясничной или пояснично-крестцовой области, которые могут усиливаться при длительном сидении в одной позе, стоянии или ходьбе. Очень своеобразно выглядит походка – похожа на походку канатоходца, когда во время ходьбы нижние конечности сгибаются в тазобедренных и коленных суставах, а стопы ставятся в одну линию с небольшим скрещиванием.

**Конкресценция позвонков** – одна из форм врожденных отклонений позвоночника. В случае, если происходит абсолютная блокировка начинается объединение тел и заднего отдела позвоночника. Если все это происходит в шейном отделе, то в скором времени, как следствие возникает синдром Клиппеля-Фейля (Синдром короткой шеи). Для него характерно срастание позвонков шейного отдела друг с другом. Достаточно часто синдром наблюдается в сочетании с пороками развития сердечно-сосудистой системы, ЦНС, синдромом добавочных шейных ребер и другими.

**Синдром добавочных шейных ребер.** Добавочные шейные ребра представляет собой лишние небольшие костные наросты на позвонках

шейного отдела (обычно С7). Зачастую их наличие не приводит к каким бы то ни было нарушениям и часто шейные ребра обнаруживаются случайно при выполнении рентгенологического исследования в связи с другими расстройствами.

**Синдром сращения крестцового отдела с поясничным** - такой синдром сопровождается сдавлением нервов, влияющим на изменение чувствительности кожных покровов, нарушение кровообращения, что может привести к атрофии тканей. Люмбализация – аномалия начального крестцового сегмента, при которой 1-й позвонок крестца полностью или только частично отделяется от остальных. Сакрализацией называют, наоборот, частичное или полное сращение последнего 5-го поясничного позвонка с крестцом.

Подобные пороки развития позвоночника обычно протекают бессимптомно. Но в отдельных случаях все же происходит компрессия спинномозговых корешков, что вызывает развитие неврологического дефицита разной степени тяжести. Подобное сопровождается изменениями чувствительности, парезами и нарушениями питания тканей по ходу сжатого нерва

Поскольку достоверные причины развития аномалий не известны, специфических мер их профилактики не существует.

Будущим матерям лишь рекомендуют ответственно относиться к планированию беременности, отказаться от вредных привычек и предварительно, до зачатия, вылечить хронические заболевания.

В подавляющем большинстве случаев проблемы с позвоночником, образно говоря, – творение наших собственных рук. Не зря же родители и учителя все время призывают детей не сутулиться и выпрямить спину. «Незначительные» детские нарушения осанки вовсе не безобидны. Они – предвестники **искривления позвоночника**, серьезной патологии, чреватой целым букетом опасных для здоровья последствий.

Среди граждан в солидном возрасте процент «прямоходящих» весьма и весьма скромен – доля людей с различными патологиями опорно-двигательного аппарата в мире равна 80%-85%.

Существует 3 основных вида искривления позвоночника: **сколиоз**, **кифоз** и **лордоз**.

**Сколиоз** представляет собой искривляющую деформацию позвоночного столба в боковой проекции (вправо или влево от вертикальной оси). Чаще всего формируется уже в детстве (в младенчестве и возрасте от 3 до 5 лет) или в период от 18 до 25 лет.

Степень выраженности сколиоза определяется по углу отклонения позвоночника. Для его измерения делаются рентгеновские снимки в положениях стоя и лежа на спине.

Тяжесть проявления симптомов заболевания напрямую связана со степенью сколиоза: чем значительнее искривление, тем ощутимее нагрузка на внутренние органы и системы.

**Выделяют 4 степени сколиоза:**

**Сколиоз первой степени** выражается в отклонении от нормы до 10 градусов.

Для **сколиоза второй степени** характерно отклонение позвоночника от оси до 25 градусов. У больного наблюдается явная асимметрия плеч, лопаток, ягодиц. Болезненные ощущения невыраженные. Сколиоз второй и последующих степеней требуют обязательного лечения, патология может быстро прогрессировать.

**Сколиоз третьей степени** отличает искривление позвоночника в 26-50 градусов. У больного нарушена осанка, перекошены плечи и таз, формируется реберный горб, одна нога может казаться короче. Грубые деформации грудной клетки и позвоночного столба приводят к сдавливанию внутренних органов, что опасно для здоровья. Состояние сопровождается болями, ограничениями в движении, проблемами с пищеварением и т.д.

**Четвертая степень сколиоза** – наиболее тяжелая, сколиотический угол равен 50 градусам и больше. У больного деформированы позвоночник, грудная клетка и таз, реберный горб формируется спереди и сзади. Из-за сдавливания все внутренние органы и системы перестают нормально функционировать, человека преследуют боли и многочисленные патологические проявления со стороны сердца, легких, ЖКТ и мочевыделительной системы.

### **Причины сколиоза**

Нарушение осанки в детском возрасте – один из основных провоцирующих факторов развития сколиоза.

**К другим распространенным причинам относятся:** детский церебральный паралич; врожденные деформации позвонков; рахит, полиомиелит; травмы позвонков, в том числе и родовые; травмы костей таза, ног; болезни мышц, соединительных тканей; остеопороз; опухоли позвоночника; ожирение и др.

**Кифозом** именуется изгиб позвоночника, обращенный выпуклостью назад. **Лордозом** – изгиб позвоночника выпуклостью вперед. При нормальном положении дел эти изгибы физиологичны и помогают позвоночнику амортизировать при ходьбе, наклонах, прыжках и т.д. Однако зачастую, под влиянием негативных факторов, естественные искривления позвоночника приобретает патологические черты.

**Кифоз** позвоночника чаще всего бывает дугообразным, но может быть и углообразным – при этом позвонки выступают не дугой, а углом, с остистым отростком в вершине. Внешне патология проявляется образованием горба на спине.

**Причинами кифоза зачастую становятся:** аномалии внутриутробного развития; родовые травмы; травмы и операции на позвоночнике; слабость мышц спины; остеопороз.

### **Лордоз.**

В норме позвоночник имеет небольшой изгиб вперед в поясничном отделе – физиологический лордоз. Патологический лордоз формируется в том же участке, только выражен он намного сильнее.

Лордоз поясничного отдела характеризуется «утиной осанкой»: плечи опущены, голова чуть наклонена вперед, живот выпячен, поясница прогнута, таз смещен назад, а колени разведены в стороны. Походка тяжелая, что объясняется болезненностью и дискомфортом в районе поясницы.

Лордоз позвоночника оказывает негативное влияние на работу сердца и легких, провоцирует нарушения дыхания и кровообращения.

**Причины лордоза:** аномалии развития позвоночника; болезни позвоночника, в т.ч. межпозвоночные грыжи; травмы позвоночника, в т.ч. родовые; заболевания тазобедренных суставов; смещение позвонков (спондилолистез); систематические нарушения осанки в сидячем/стоячем положении; низкая физическая активность; системные заболевания опорно-двигательного аппарата; избыточная масса тела; быстрый рост ребенка и др.

### **Практическая часть.**

В рамках данной работы, мы провели опрос среди 25 обучающихся, с целью выяснить, есть ли у них нарушения осанки, беспокоят ли их проблемы с осанкой. Опрос показал следующие результаты:

На 1 вопрос – *какие заболевания позвоночника вы знаете?*

-сколиоз-86%	-грыжи-15%
-лордоз-39%	-миелопатии-10%
-кифоз-15%	-артрозы-5%
-переломы позвоночника-5%	-радикулиты-5%
-остеопороз-10%	

2. Вопрос – *беспокоят ли вас болезненные ощущения в поясничном отделе?*

Да-57%  
Нет -43%



3. Вопрос - *Имеются ли у вас какие-либо заболевания позвоночника?*

Да, сколиоз - 29%  
Нет – 71%



4. Вопрос - *Заболевание является врожденным или приобретенным?*

Приобретенные – 28%

5. Вопрос - *Известна ли вам причина развития заболевания?*

– неправильная осанка – 28%

6. Вопрос - *Делаете ли вы гимнастику?*

Да- 67%

Нет -33%

7. Вопрос - *Как часто?*

Каждый день – 5%

Редко/ иногда – 62%

Не делаю – 33%





### **Выводы:**

- осведомленность о болезнях или патологиях позвоночного столба у обучающихся – высокая.
- большая часть из опрошенных имеют заболевания позвоночника - сколиоз, проявляющиеся болями в поясничной области,
- заболевания носят приобретенный характер из-за неправильной осанки,
- не уделяется внимание физической активности, не все серьезно относятся к профилактическим мерам, это можно связать с небрежным отношением к проблеме и своему здоровью

### **Рекомендации:**

1. При выполнении письменных и устных заданий опираться о спинку стула спиной. Стараться сидеть прямо, не наклоняя вперед голову или верхнюю часть туловища, чтобы не напрягать мышцы.
2. При длительной работе сидя необходимо чаще менять позу, вставать и прохаживаться по комнате, устраивать физкультминутки.
3. Сон на жесткой постели в положении лежа на спине или животе.
4. Двигательная активность, включающая прогулки, занятия физическими упражнениями, спортом, туризмом, плаванием.
5. Поднимая что-то тяжелое, необходимо сгибать ноги, а не спину.
6. Организация и строгое соблюдение правильного режима дня (время сна, бодрствования, питания и другое).

7. Соблюдать сбалансированное питание, для укрепления скелета и мышечной системы.

8. Применение, при необходимости, различных ортопедических изделий (корректор осанки, спинодержатель, ортопедический корсет).

Все профилактические меры, которые приняты вовремя, помогут сохранить здоровье. Ведь красивая и правильная осанка не только делает человека привлекательным, но и способствует нормальному функционированию всего организма.

Важно заниматься профилактикой и выявлением сколиотических изменений позвоночника, чтобы не допустить развития данного заболевания.

Если выявлен сколиоз, необходимо регулярно наблюдаться у врача и при прогрессировании своевременно и адекватно лечиться.

Литература:

1. Детская ортопедия/ Волков М.В., Дедова В.Д.
2. Ортопедия и травматология детского возраста/ Волков М.В., Тер-Егиазаров Г.М.
3. Травматология и ортопедия/ Ю.Г. Шапошников
4. Вышинская Л. Сколиоз – угроза жизни подростка // "Вечерние вести", № 188 (1088), 11 декабря 2013 г – с. 8.
5. Горяня Г.А. Ваше здоровье. К.-2012г.-48с.
6. Консервативное лечение сколиоза/ В.А.Улещенко. К.-2011г.-188с.
7. Тихонова А.Я. Нарушение осанки и сколиоз позвоночника у детей. К. - 2013г. - 80с.

Интернет – источники:

<https://cito11.ru/chto-my-lechim/vertebrologiya/vrozhdennaya-anomaliya-razvitiya-pozvonochnika/>

<http://klinikum-karlsbad.ru/ortopedia/pozvonochnik-patologii-anomalii>

Сколиоз (<https://ru.wikipedia.org>)

Профилактика сколиоза у дошкольников (<http://detskoe-zdorove.ru/profilaktika/profilaktika-skolioza-u-doshkolnikov/>)

**Ессентукский филиал ФГБОУ ВО «Ставропольский  
государственный медицинский университет» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации**

*Колначёва Екатерина  
Руководитель преподаватель Потёмкина Л.В.*

**КОМПЛЕКС ГТО: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ**

Те, кто учился в школе ещё до распада Советского Союза, помнят три заветные буквы – ГТО, или «Готов к труду и обороне» – программу физической и культурной подготовки, которая основывалась на единой и поддерживаемой государством системе патриотического воспитания населения.

В наши дни программа ГТО снова актуальна из-за прогрессирующего снижения уровня здоровья нашей молодёжи и населения в целом.

Сегодня большая часть людей ведёт малоподвижный образ жизни. Это приводит к снижению функциональных возможностей организма, различным заболеваниям опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы и др. Одним из решений проблем со здоровьем является профилактика заболеваний путём занятий физической культурой.

В связи с этим наше государство возрождает комплекс ГТО для всех групп населения. Это будет способствовать оздоровлению россиян и привитию потребности в занятиях физической культурой и спортом.

После победы Великого Октября страна укреплялась, набирала политическую мощь, а энтузиазм советских людей, их тяга к новому стали проявляться во всех сферах жизни – в труде, культуре, науке, спорте.

В послереволюционный период Советский Союз оказался окружённым идеологически чуждыми государствами, что усугублялось ещё и гражданской войной, которая шла внутри. Чтобы противостоять этим явлениям, нужны

были сильные военные, а основой дисциплины, порядка и хорошей физической подготовки безоговорочно признавался массовый спорт.

Для этого в стране создаются различные военно-спортивные общества, перед которыми стояла, по сути, одна задача, сформулированная народным комиссаром М. В. Фрунзе: «Нам нужно покрепче внедрить в сознание всего населения нашего Союза представление о том, что современные войны ведутся не одной армией, а всей страной в целом, что война потребует напряжения всех народных сил и средств, что война будет смертельной... и что поэтому к ней нужна всесторонняя тщательная подготовка ещё в мирное время».

В 1927 году путём слияний и реорганизаций нескольких военно-спортивных объединений в СССР создаётся самая крупная из специализированных общественных организаций – *Общество содействия обороне, авиационному и химическому строительству (ОСОАВИАХИМ)*.

Уже к началу 1928 года эта организация насчитывает около 2 млн. человек. По всей стране под эгидой ОСОАВИАХИМа строятся тир, стрельбища, создаются аэроклубы и военно-спортивные кружки, где молодёжь осваивает специальности радиста, телеграфиста, парашютиста, моториста, санитаря, медсестры, пилота и др.

Ведущую роль в разработке новых форм и методов физического воспитания сыграл комсомол. Именно он выступил инициатором создания *Всесоюзного физкультурного комплекса «Готов к труду и обороне»*.

Речь шла о необходимости введения единого критерия для оценки физической подготовленности молодёжи. Предлагалось установить специальные нормы и требования, а тех, кто их выполнял – награждать значком.

Новая инициатива комсомола получила признание в широких кругах общественности, и по поручению Всесоюзного совета физической культуры был разработан проект комплекса ГТО, который 11 марта 1931 года после

общественного обсуждения был утверждён и стал нормативной основой системы физического воспитания для всей страны.

К обязательным занятиям привлекаются все учащиеся общеобразовательных школ, профессионально-технических, средних специальных и высших учебных заведений, личный состав Вооружённых Сил СССР, милиции и некоторых других организаций.

К испытаниям на получение значка «Готов к труду и обороне» первоначально допускались мужчины не моложе 18 лет и женщины не моложе 17 лет. Для проведения практических испытаний они распределялись на отдельные группы по полу и возрасту.

Особым условием было удовлетворительное состояние здоровья. Поэтому перед началом испытаний все кандидаты проходили обязательный медицинский осмотр, в ходе которого врач определял, не принесёт ли ущерб здоровью человека выполнение норм по данному комплексу.

Нормы ГТО выполнялись на всех уровнях – в городах и сёлах, в школах, колхозных бригадах, на фабриках, заводах и т.д. Результаты испытаний заносились в билет физкультурника (рис. 1). Награждённые значком ГТО имели льготу на поступление в специальное учебное заведение и преимущественное право на участие в физкультурных праздниках.



Рис. 1. Единый билет физкультурника 30-х годов XX века.

Масштабные соревнования на звание Чемпионов комплекса ГТО по отдельным его видам по популярности не уступали Спартакиадам и центральным футбольным матчам сезона. Носить значок ГТО стало

престижным. Первым его обладателем был знаменитый конькобежец Яков Фёдорович Мельников.

В 1933 году ЦК ВЛКСМ предложил ввести комплекс испытаний по физической подготовке детей, как начальную ступень их физического развития. Детская ступень комплекса получила название «Будь готов к труду и обороне» (рис. 2).

Через несколько лет после введения комплекс ГТО обрёл такую популярность, что уже в 1934 году в стране насчитывалось около 2,5 млн. физкультурников, носивших на груди значок ГТО (рис. 3).



*Рис. 2. Знак БГТО образца 1934 года (детская ступень)      Рис. 3. Знак ГТО 1931-1936 годов (II ступень)*

К концу 30-х годов, когда комплекс ГТО находился на пике популярности, встал вопрос об улучшении его содержания. Нормативы тщательно обсуждались и корректировались научными и практическими работниками физического воспитания.

Вступивший в действие с 1 января 1940 года новый комплекс ГТО содержал не только обязательные нормы, но и испытания по выбору, что обеспечивало, по мнению разработчиков, сочетание общей физической подготовки со спортивной специализацией.

Благодаря ГТО миллионы советских людей получили навыки маршевой, лыжной, стрелковой подготовки, плавания, метания гранат,

преодоления водных преград и препятствий. Это помогло им в минимальные сроки овладеть военным делом, стать снайперами, разведчиками, танкистами, лётчиками. Скромный значок ГТО для многих из них стал первой наградой, к которой позднее добавились ордена за трудовые и боевые заслуги.

Обладателями значков II степени ГТО были герои Великой Отечественной войны: лётчики Александр Покрышкин, Иван Кожедуб, Владимир Пчелинцев (рис. 4).



*Рис. 4. Герои Советского Союза, обладатели значка ГТО II степени.*

В послевоенное время, когда страна оправлялась после потрясений, комплекс ГТО продолжал модернизироваться в соответствии с задачами, стоящими перед физкультурным движением того времени. Введённый в 1946 году комплекс ГТО характеризовался сокращением количества нормативов, была установлена взаимосвязь между этими нормами и программами физического воспитания школ и учебных заведений, уточнены и изменены возрастные группы.

В 60-е годы специальные ступени комплекса ГТО имели большое значение в повышении общей и специальной физической подготовки молодёжи призывного возраста и военнослужащих. Соответствующие нормативы были разработаны и в сфере гражданской обороны СССР. Основной задачей введённых в 1968 году комплексов для учащейся молодёжи «Готов к гражданской обороне СССР» и «Будь готов к гражданской обороне

СССР» (рис. 5) было всеобщее обязательное обучение способам защиты от ядерного и другого оружия массового поражения.



*Рис. 5. Знаки военно-спортивного комплекса «Готов к защите Родины».*

**Введённый в 1972 году новый комплекс ГТО** позволил улучшить массовую физкультурно-спортивную работу в каждом коллективе, в спортивном клубе и в целом по стране, решить целый ряд важнейших вопросов, связанных с укреплением здоровья советских граждан. Теперь комплекс имел 5 возрастных ступеней и охватывал население в возрасте от 10 до 60 лет.

Распад Советского Союза повлёк за собой большую пропасть в работе по воспитанию физической активности граждан. Юридически комплекс ГТО не был упразднён, однако фактически он прекратил своё существование в 1991 году. Отдельные соревнования проводились только на региональном уровне.

2007 год можно смело назвать годом спорта, когда Россия получает право на проведение Олимпиады в Сочи, наши баскетболисты стали лучшей командой Старого Света, теннисистки выиграли Кубок Федерации, гандболистки завоевали титул сильнейших в мире. На волне воодушевления от спортивных побед общественность вновь поднимает вопрос о возрождении комплекса ГТО.

Определены 89 предприятий и вузов страны, в которых был опробован «пилотный» проект массовых спортивных мероприятий по выполнению норм физкультурно-спортивного комплекса ДОСААФ России «Готов к труду и обороне».

Итогом кропотливой работы стало издание Указа Президента Российской Федерации от 24 марта 2014 года № 172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе „Готов к труду и обороне“».

Итак, сегодня комплекс ГТО возрождается в новой форме и в новых условиях.

*Цель внедрения комплекса ГТО:*

– повышение эффективности использования возможностей физической культуры и спорта в укреплении здоровья, гармоничном и всестороннем развитии личности, воспитании патриотизма и обеспечение преемственности в осуществлении физического воспитания населения.

*Основные разделы комплекса:*

– виды испытаний и нормативы, позволяющие определить уровень развития физических качеств и прикладных двигательных умений и навыков в соответствии с половыми и возрастными особенностями развития человека;

– требования к оценке уровня знаний и умений в области физической культуры и спорта;

– рекомендации к недельному двигательному режиму (предусматривают минимальный объём различных видов двигательной деятельности, необходимый для самостоятельной подготовки к выполнению нормативов, развития физических качеств, сохранения и укрепления здоровья).

Но зачем выполнять нормы ГТО в XXI веке? Ответ на этот вопрос для каждого молодого человека может быть свой. Кто-то хочет сравнить себя со старшими членами семьи, имеющими советский знак ГТО. Кто-то хочет попробовать достичь конкретного результата и проверить свою силу воли и настойчивость. А кто-то просто привык быть первым в учёбе и спорте. Все люди разные. Однако, у всех, кто добровольно решил пройти испытание комплексом ГТО, есть одна общая черта, – целеустремлённость.

Чтобы выяснить отношение студентов и преподавателей нашего учебного заведения к возрождению комплекса ГТО, мы провели *исследование в формате онлайн-анкетирования*.

В исследовании принимали участие 335 человек. И, как показал опрос, 73% из них знают, что такое Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне». 51% респондентов помнят, в каком году в России был возрождён комплекс ГТО.

Больше половины участников исследования хотели бы сдать нормы ГТО, 26% сомневаются и 18% ответили отказом.

63% опрошенных считают необходимым внедрение комплекса ГТО в учебных заведениях всех уровней.

И как показало проведённое исследование, 21% респондентов уже являются обладателями значков ГТО различного уровня, что особенно важно для профессионального становления будущих медицинских работников.

В итоге мы пришли к выводу, что *возрождение комплекса ГТО, продиктованное временем и социальными факторами, решает следующие задачи:*

- повышение физической подготовки населения;
- патриотическое воспитание;
- укрепление обороноспособности страны через комплекс ГТО;
- увеличение продолжительности жизни граждан России;
- увеличение количества доступных физкультурно-оздоровительных площадок, тренажёрных залов, бассейнов.

ГТО – это не просто часть культурного наследия нации, это предмет её гордости и действенное средство приобщения молодёжи к духовным традициям своего народа.

Здоровье нашего народа бесценно. Всех, кто прошёл испытание комплексом ГТО, в будущем объединит хорошая физическая подготовка, которая благоприятно скажется на качестве их жизни.

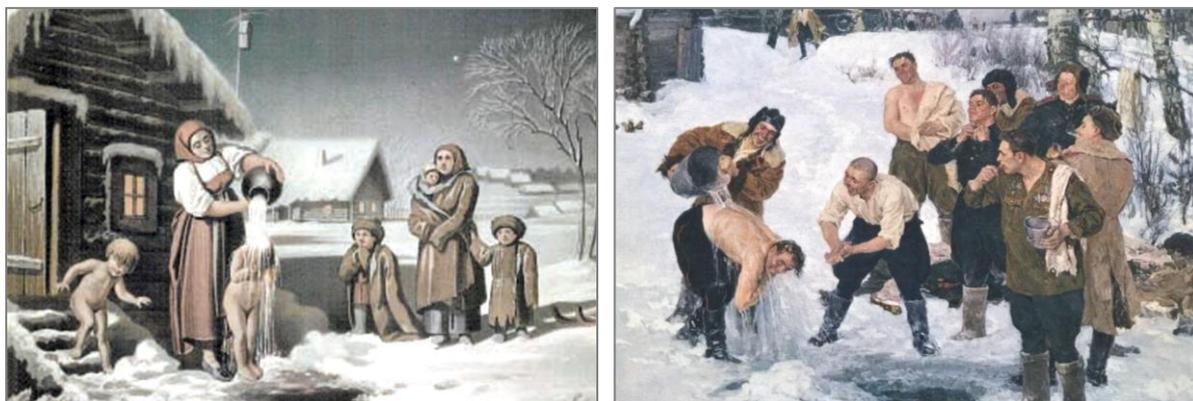
Возрождение Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» – правильный шаг на пути к здоровой нации!

*Бурдина Валентина, Алексеева Екатерина  
Руководитель преподаватель Брянцева И.В.*

## **МОРЖЕВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Здоровье – главная ценность человека. Крепкое здоровье позволяет ставить и добиваться высоких целей. Поиск средств, укрепляющих здоровье человека в современном обществе, актуален. Это связано с различными неблагоприятными факторами в нашей жизни (экологическими, антропогенными, климатическими и пр.), что естественным образом отражается на состоянии здоровья.

Сегодня, в эпоху вызовов самому себе и «выхода из зоны комфорта», становится все более популярным такой вид зимнего экстрима, как плавание в холодной воде. В отличие от многих активностей, моржевание не просто веяние моды: это древняя традиция (рис. 1), которая своими корнями уходит во времена античности. Тогда купание в холодной воде считалось целебным. В истории России любили плавать зимой многие – от Петра I до маршала Рокоссовского. Активным сторонником и практиком моржевания был Александр Суворов, а программа купания в холодной воде входила в курс подготовки личного состава с первых лет существования Красной Армии.



*Рис. 1. История моржевания в России.*

Когда говорят о моржевании, обычно представляют людей, купающихся в заснеженном водоеме, однако, это не так. На самом деле закаливать свой организм можно круглый год. Купаются моржи и летом. Для этого подойдет любой водоем с холодной водой. Разница с зимним купанием будет только в том, что летом, когда температура воды от +4° до +7°С, моржи могут купаться дольше, до часа. В России летом многие водоемы, например северные моря и озеро Байкал, сильно не прогреваются. В крайнем случае, моржевать можно и дома, в ванне с прохладной водой.

*Моржевание* – это плавание или просто погружение в холодную воду. При этом улучшается кровообращение, нормализуется обмен веществ и активизируется деятельность дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной и центральной нервной систем, что повышает устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды на организм.

При погружении в холодную воду организм испытывает стресс, для борьбы с которым выделяется гормон адреналин, помогающий активизировать силы для противостояния внешним раздражителям. Во время кратковременного купания в ледяной воде учащается сердцебиение, повышается артериальное давление, ускоряется циркуляция крови, доставляя питательные вещества ко всем органам с наивысшей продуктивностью. Организм человека включает все доступные ему защитные механизмы. Эффективность моржевания подтверждена результатами многих исследований, в частности, доказано, что «моржи» подвергаются простудным заболеваниям в 3 раза реже других людей.

Но заниматься любыми видами закаливания, тем более моржеванием, необходимо под наблюдением врача, только тогда возможно достижение положительного результата и сведение риска возникновения заболеваний до минимума. Как и любые другие закаливающие процедуры, моржевание может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на организм.

*Из положительного можно выделить следующее:*

– выброс адреналина способствует снижению болевой активности, увеличивается кровообращение в органах и тканях, улучшается обмен веществ;

– организм активно вырабатывает тепло, благодаря чему снижается риск переохлаждения;

– положительное воздействие на психоэмоциональное состояние человека в результате повышения стрессоустойчивости, прилив сил и оптимизма.

*К отрицательным аспектам относятся:*

– купание в ледяной воде, являясь стрессом, заставляет организм использовать резервы, происходит их истощение;

– у людей с болезнями мочеполовой системы могут обостриться хронические заболевания и нарушения репродуктивной функции;

– не исключено возникновение неотложных состояний, таких как судороги конечностей и внезапная остановка сердца, особенно у людей неподготовленных.

В нашем курортном городе Эссентуки более 30 лет существует клуб любителей плавания в холодной воде «Здоровый образ жизни». С ноября по апрель участники клуба совершают заплывы и погружения на городском озере. В составе клуба на сегодняшний день числится более 80 человек (рис. 2).

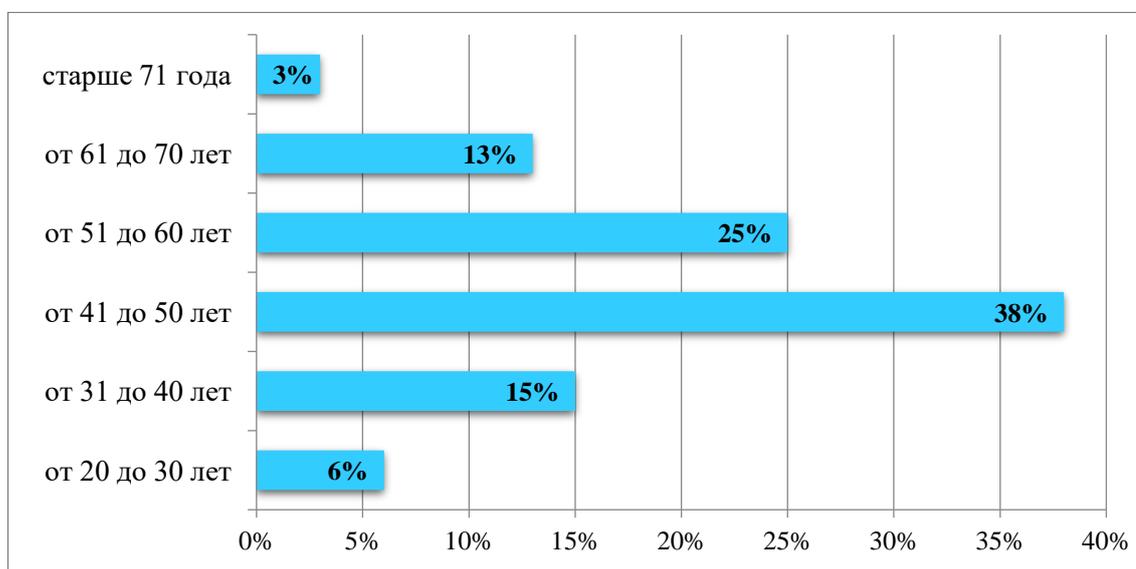


*Рис. 2. Клуб любителей зимнего плавания «Здоровый образ жизни» (г. Эссентуки)*

Известно, что закаливание водой следует начинать в раннем детстве, чтобы осуществить главный принцип – постепенность и дозированность. Но,

к сожалению, не все родители готовы закаливать своих детей, что впоследствии негативно отражается на здоровье и развитии ребенка.

*Наше исследование* началось с определения возрастных категорий «моржей» клуба «Здоровый образ жизни». Согласно полученным данным, моржеванием в основном занимаются люди в возрасте от 40 до 60 лет. Молодежь не находит времени для зимнего плавания, а старшее поколение побаивается подобных экстремальных увлечений (рис. 3). Важно отметить, что все участники исследования не случайные посетители, а постоянные члены клуба. Также, к моржеванию приобщены около 10 детей, чьи родители увлекаются плаванием в холодной воде.



*Рис. 3. Возрастной состав участников клуба моржевания.*

Далее определен состав респондентов по половому признаку. Большая часть «моржей» – лица мужского пола, что объясняется особенностями развития психофизиологических процессов. Мужчины более склонны к экстремальным нагрузкам, легче переносят резкие перепады температур, в то время как женщины более адаптогенны и приспособительны.

Подавляющее большинство «моржей» вступили в клуб для того, чтобы проверить себя и возможности своего организма. Другие пытались найти немедикаментозный способ исцеления от хронических заболеваний. Отдельные респонденты пришли в моржевание за компанию. И только 23%

опрошенных решили, что в их программе здорового образа жизни не хватает экстремальной нагрузки, и поэтому приобщились к моржеванию (рис. 4).

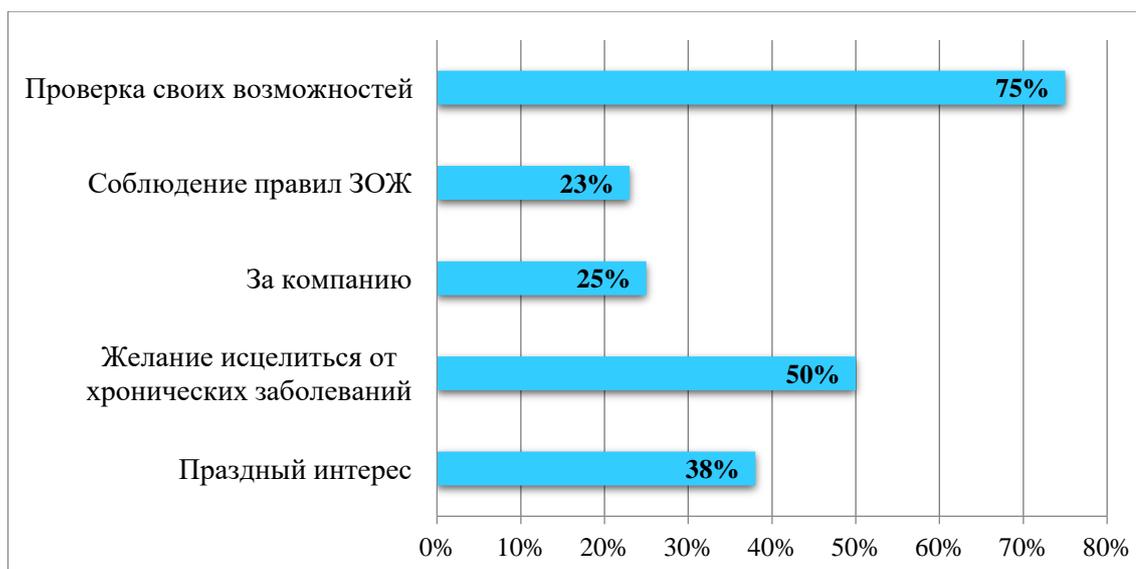
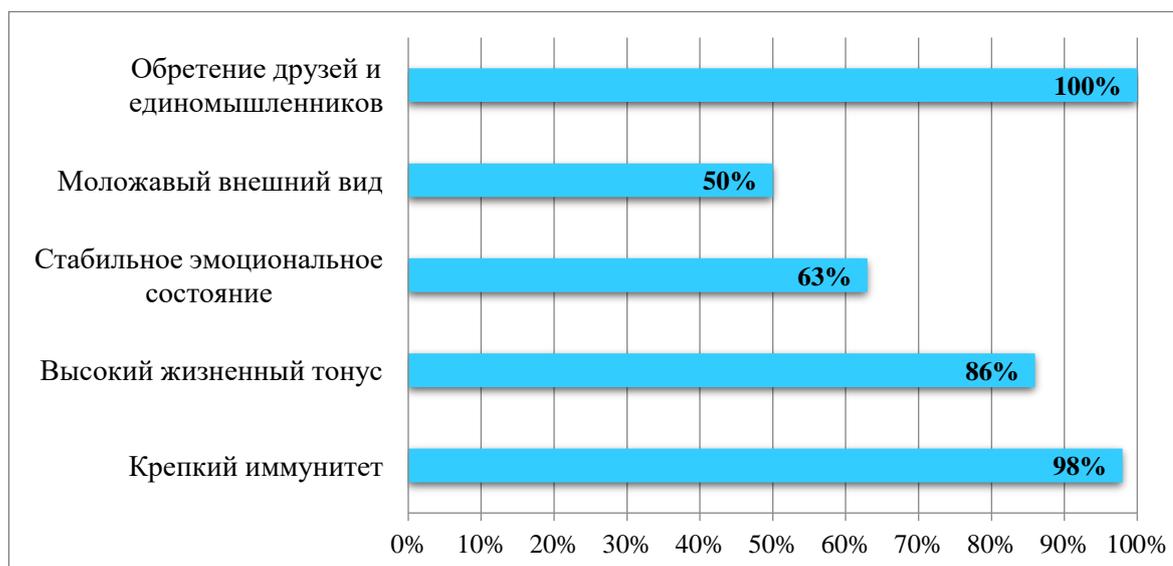


Рис. 4. Причины вступления в клуб моржевания.

Ответы на вопрос «Что вам дало моржевание?» позволили подвести объективные итоги нашего исследования (рис. 5). Превалирующее большинство респондентов отметили, что посредством моржевания значительно укрепили свой иммунитет, стабилизировали психоэмоциональное состояние, повысили общий жизненный тонус организма, смогли сохранить молоджавый вид даже в зрелом возрасте. И самое главное, нашли друзей и единомышленников, сплотили команду, где всегда находят понимание, поддержку и помощь в любых жизненных ситуациях.



*Рис. 5. Результаты участия в клубе моржевания.*

Беседа с любителями зимнего плавания подтвердила гипотезу, что моржевание – это эффективный способ укрепить здоровье при условии грамотного подхода и контроля за состоянием организма.

Для того, чтобы правильно закаляться и получать пользу от моржевания, *следует придерживаться определенных правил:*

1. Нельзя употреблять алкоголь перед купанием в ледяной воде. Алкоголь расширяет сосуды, а в момент погружения в холодную воду они сужаются. Такой резкий скачок давления организм может не выдержать, возможны тяжелые последствия.

2. Нельзя заниматься закаливанием при простуде или обострении хронических заболеваний.

3. Перед тем, как погружаться в ледяную воду, следует разогреться. Это можно сделать с помощью растирания или физических упражнений.

4. В прорубь нужно погружаться, а не нырять головой вниз. Погружение с головой весьма рискованно.

5. После купания нужно растереть тело полотенцем, а после одевания – сделать разминку. Это поможет организму согреться.

Помните: в ледяную воду только с холодной головой!

**ФГБ ПОУ «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»  
МИНЗДРАВА РОССИИ**

*Селина Татьяна  
Руководитель преподаватель Е.А. Демина*

**ДОСТИЖЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ**

Реконструктивная хирургия – это раздел хирургии, который занимается восстановлением формы и функции тела человека после травм, хирургического вмешательства, врожденных аномалий или заболеваний. Основная цель реконструктивной хирургии – улучшение качества жизни пациентов, путем коррекции дефектов и восстановления нормальной функции тела.

В случае травматических повреждений, таких как переломы костей, разрывы тканей или повреждения суставов, реконструктивная хирургия направлена на восстановление структур и восстановление функциональности, что способствует улучшению мобильности и качества жизни пациента.

Особую роль реконструктивная хирургия играет в восстановлении женской груди после мастэктомии при раке молочной железы. Процедуры, такие как реконструкция груди с использованием имплантатов или тканевых трансплантатов, помогают восстановить не только физическую форму, но и самооценку и психологическое благополучие пациентов.

Врожденные аномалии достаточно хорошо поддаются лечению методами реконструктивной хирургии. Вмешательства в этой области направлены на коррекцию дефектов, обеспечивая нормальное развитие и функционирование органов и тканей.

Реконструктивная хирургия может включать использование различных методов, таких как лоскутная хирургия (использование собственных тканей пациента для восстановления дефектов), имплантация протезов и минимально инвазивные хирургические техники. Все эти подходы могут быть использованы для улучшения функции и эстетики определенных частей тела, которые были повреждены из-за травмы, заболевания или врожденных аномалий.

Лоскутная хирургия может быть выполнена с использованием различных типов лоскутов, таких как локальные, региональные или свободные лоскуты. Локальные лоскуты обычно берутся из непосредственной близости к зоне дефекта и перемещаются для покрытия поврежденной области. Региональные лоскуты используют ткани из соседних областей тела, и их часто перемещают с использованием микрохирургических техник. Свободные лоскуты представляют собой трансплантацию ткани из одной части тела в другую с восстановлением кровообращения и иннервации.

Имплантация протезов используется для восстановления формы и функции определенных частей тела, например лицо после значительных

травм. Протезы могут быть изготовлены из множества материалов, включая силикон, полиуретан и титан, в зависимости от применения и предпочтений пациента.

Минимально инвазивные хирургические техники включают использование малых разрезов и инструментов, которые минимизируют травму для окружающих тканей. Это может привести к меньшим рубцам, уменьшенной боли и быстрому восстановлению после операции.

Как и в любой хирургической процедуре, реконструктивная хирургия может сопровождаться осложнениями:

- инфекции, связанные с операцией, что требует тщательного антисептического контроля во время процедуры и в послеоперационном периоде;

- неполное заживление раны или образование келоида, особенно при пересадке кожи. Это может потребовать дополнительных хирургических вмешательств или лечения для улучшения эстетического результата и функциональности.

- реакция организма на использование имплантатов или трансплантатов.

- эмоциональные стрессы у пациента. Поддержка со стороны медицинского персонала и психологическое консультирование могут сыграть важную роль в справлении с этими аспектами после операции.

Несмотря на потенциальные осложнения, реконструктивная хирургия остается эффективным методом восстановления функций и внешнего вида, обеспечивая пациентам возможность возврата к нормальной жизни после травм, операций или заболеваний.

Современные инновации в области реконструктивной хирургии включают использование технологий 3D-печати для создания индивидуальных протезов и лоскутов, а также разработку биоинженерных тканей и органов, которые могут быть трансплантированы без необходимости использования донорских тканей или иммунодепрессантов.

Другие перспективы включают применение роботов и искусственного интеллекта в реконструктивной хирургии. Роботизированные системы обладают большей точностью и масштабом, что помогает хирургам проводить более сложные операции с меньшими рисками и лучшими результатами.

Одной из инноваций будущего являются улучшенные методы реабилитации и восстановления после операции. Виртуальная реальность, интеллектуальные протезы и компьютерные интерфейсы помогут пациентам быстрее восстановить функции и вернуться к активной жизни.

Будущее реконструктивной пластической хирургии полно обещаний и возможностей. Инновации и новые технологии позволят пациентам достичь еще более натуральных и эффективных результатов, превращая преображение через реконструктивную хирургию во все большую реальность.

Таким образом, реконструктивная хирургия предоставляет комплексный подход к лечению и восстановлению, помогая пациентам вернуться к полноценной активной жизни, улучшая ее качество.

*Литвинцова Анастасия,  
Евдокимова Виктория  
Руководитель преподаватель Кочарова Елена Спартаковна*

## **ФОСФОР И ЖЕЛЕЗО: КЛЮЧ К ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

Направление работы нашего кружка по биологии - «Микроэлементозы человека».

Микроэлементозы — это состояния дефицита, избытка или дисбаланса химических элементов, которые естественным образом отражаются на здоровье человека. В течение всего учебного года на заседаниях кружка мы разбирали биохимическую и физиологическую роль микроэлементов в организме человека. Наша группа занималась изучением недостатка и избытка фосфора и железа в организме, а также их биохимической и физиологической роли. Актуальность нашей работы обусловлена необходимостью выявления важнейшей роли фосфора и железа, как необходимых элементов для жизни

человека, при недостатке или избытке которых развиваются серьезные заболевания человека.

Цели:

1. Обобщить и систематизировать знания о болезнях, обусловленных поступлением фосфора и железа.
2. Систематизировать физиологическую роль фосфора и железа.
3. Развивать навыки анализа, умение самостоятельно давать характеристику заболеваниям при дефиците фосфора и железа, определять и объяснять понятия.

В организме человека содержится 600-900 г фосфора в виде неорганического фосфата и органических соединений, преимущественно различных эфиров фосфорной кислоты. Фосфор сосредоточен прежде всего в костях, он укрепляет костную ткань и зубы, усиливает их минерализацию.

Уровень неорганического фосфора в плазме (сыворотке) крови имеет диагностическое значение при рахите: снижается и повышается в результате нарушения выведения почками.

Потребность организма в фосфоре увеличивается при усиленной физической нагрузке. На потребность в фосфоре влияет количество в пище белков, жиров, углеводов и кальция. Обеспеченность организма фосфором определяется не только его абсолютным количеством, поступающим с пищей, но и соотношением с перечисленными компонентами. Избыточное поступление кальция снижает усвоение фосфора в связи с образованием нерастворимого трикальцийфосфата. Неорганические соли ортофосфорной кислоты всасываются в кишечнике полностью; всасывание органических форм обычно составляет 40-70 %. Среднее потребление в Российской Федерации 1200 мг/сут. Установленные уровни потребности 550-1400 мг/сут. Верхний допустимый уровень потребления не установлен.

Уточненная физиологическая потребность для взрослых – 800 мг/сут.

Физиологическая потребность для детей – от 300 до 1200 мг/сут.

Польза фосфора заключается в следующем: сохраняет почки здоровыми, поддерживает кости и зубы, помощь в пищеварении, регулирует баланс гормонов и т.д.

Обмен фосфора регулируется паращитовидными железами. Недостаток фосфора является причиной нарушения минерализации костей скелета и зубов, что приводит к развитию рахита в детском возрасте и остеопороза и остеомаляции – у взрослых.

Причины дефицита фосфора: нарушение регуляции обмена, длительные хронические заболевания, недостаточное поступление в организм белков, повышенное поступление соединений кальция, алюминия, магния, бария и другие.

Симптомами избытка фосфора является отложение малорастворимых фосфатов в тканях, поражение пищеварительного тракта и печени, остеопороз, кровоизлияния и кровотечения, анемия.

Пищевые продукты, рекомендуемые для обогащения фосфором: рыбные и мясные продукты, желток яйца, сыры, крупа (гречневая, овсяная, пшено), фасоль, горох.

Железо – наиболее распространенный универсальный биологический микроэлемент, который обеспечивает нормальное функционирование клеток всех биологических систем организма. Наиболее значимой функцией железа в организме является его участие в связывании, транспортировке и депонировании кислорода гемоглобином и миоглобином.

В организме человека существуют механизмы, направленные на удержание железа. Железо осуществляет практически замкнутый круговорот. Освободившись из эритроцитов при физиологическом гемолизе, железо реутилизируется. С желчью в кишечник за сутки выделяется до 25 мг железа, откуда оно абсорбируется энтероцитами слизистой оболочки, и включается в общий метаболизм.

Распределение железа в организме происходит в соответствии с формированием нескольких фондов: гемоглобинового — 55–65%, резервного (депо) — 12–15%, тканевого — 15–20%, транспортного — 1–2 %.

Обмен железа в организме — достаточно сложный и многофакторный процесс, около 80 % этого микроэлемента вовлечено в круговорот. Это то железо, которое уходит из разрушенных эритроцитов и погибает в селезенке, но далеко не все, что находилось в гемоглобине.

Суточная потребность — 10—20 мг (для мужчин), 20—30 мг (для женщин), дети — 5-10 мг.

Распространенные причины нехватки железа — недостаточное поступление и увеличившаяся потребность.

В первом случае речь идет о неправильном питании, во втором дефицит может быть вызван:

- активным ростом;
- беременностью (потребностью плода);
- нарушением абсорбции;
- кровопотерями (менструальными или внутренними кишечными);
- приемом препаратов для лечения заболеваний ЖКТ (антацидов, ингибиторов протонной помпы, H<sub>2</sub>-блокаторов).

Симптомы дефицита железа появляются еще на стадии, когда микроэлемента уже не хватает, но на уровне гемоглобина это еще не отразилось. Ухудшается общее состояние человека. Он быстро утомляется, постоянно мерзнет, при нагрузках испытывает одышку, его кожа бледнеет, шелушится, начинают выпадать волосы.

Более специфические симптомы указывают на развитие железодефицитной анемии:

- Койлонихия. Ногтевые пластины приобретают вогнутую форму.
- Синдром беспокойных ног. Появляется патологическая потребность двигать конечностями в состоянии покоя.

– Пикацизм. Пищевые извращения, тяга к несъедобному.  
– Глоссит. Воспаление языка, сопровождающееся жжением или болью.

– Хейлит. Воспаление красной каймы губ с трещинами в уголках рта.

Для преодоления нехватки железа обычно назначают:

- Лечебную диету. В рационе обязательно должны присутствовать мясо, субпродукты (язык, печень), морепродукты.

- Препараты перорального железа. Обычно представлены в виде солей (сульфатов, фумаратов, глюконатов).

- Инъекции. Рекомендуют в крайних случаях (при неэффективности пероральных препаратов или больших кровопотерях) из-за риска осложнений.

Причиной дефицита железа является нарушение баланса в сторону преобладания расходования железа над поступлением, наблюдаемое при различных физиологических состояниях или заболеваниях: кровопотери различного генеза; повышенная потребность в железе; нарушение усвоения железа; врожденный дефицит железа; нарушение транспорта железа вследствие дефицита трансферрина.

Пищевые продукты, рекомендуемые для обогащения железом: печень говяжья и свиная, печёночный паштет, бобы, грибы, пивные дрожжи, какао, мясо (говядина и индейка), фисташки, шпинат, морская рыба, кукуруза и др.

Вывод

Фосфор и железо в организме человека играют важную роль и необходимы для сохранения здоровья и полноценной работы организма. Это одни из важнейших по распространенности минералов в организме человека. Поэтому, важно следить за правильным питанием, употреблять продукты, богатые фосфором и железом, и при необходимости обращаться к врачу для консультации и лечения.

Список используемой литературы

1. Долгов В.В., Луговская С.А., Морозова В.Т., Почтарь М.Е. Лабораторная.

2. Щербинина С.П., Романова Е.А., Левина А.А. и др. Диагностическое значение железа в клинической практике. Гематол. и трансфузиол. 2015; 50 (5): 23–28

3. Никулин, Б.А. Пособие по клинической биохимии. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017 – 256 с.

4. Национальное руководство по клинической лабораторной диагностике Ред. В.В.Долгов, В.В.Меньшиков т.1, ГЭОТАР-Медиа,2012

5. Интернет-источники <http://medicinform.net/>

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=88388>© Библиофонд

*Мхитарян Кристина  
Руководитель преподаватель Н.М. Асриева*

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Наше выступление мы посвящаем теме «Влияние различных факторов на показатели заболеваемости и профилактика ОРВИ у детей раннего возраста».

Актуальность гриппа по сегодняшний день остаётся на очень высоком уровне.

ОРВИ у детей (острые респираторные вирусные инфекции) — это группа вирусных заболеваний, сопровождающихся воспалением различных отделов дыхательного тракта и интоксикационным синдромом.

В педиатрии на долю ОРВИ приходится 90% от общего числа инфекционных заболеваний у детей. Наиболее часто болеют дети от 3 до 14 лет.

Частые ОРВИ способствуют снижению защитных сил организма и хронизации воспалительной патологии ЛОР-органов, дыхательных путей, сердца, почек, суставов, нервной системы; предрасполагают к аллергизации и формированию бронхиальной астмы, задерживают физическое и психомоторное развитие ребенка.

*Классификация ОРВИ у детей*

ОРВИ различаются:

- по этиологии (грипп, парагрипп, аденовирусная, риновирусная, респираторно-синцитиальная инфекция);
- по клинической форме (типичные и атипичные);
- по течению (неосложненные и осложненные);
- по тяжести (легкие, среднетяжелые и тяжелые).

В зависимости от клинической формы ОРВИ у детей может проявляться как ринит, риноконъюнктивит, отит, назофарингит, ларингит (включая синдром ложного крупа), трахеит.

Причиной развития ОРВИ являются вирусы (вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, риновирусы, коронавирусы, энтеровирусы).

Все *возбудители* ОРВИ у детей обладают высокой контагиозностью, передаются от больного человека, воздушно-капельным и контактно-бытовым путями.

*Факторами*, которые повышают риск заражения, являются:

- переохлаждение ребенка;
- слишком сухой воздух;
- врожденный или приобретенный иммунодефицит;
- неполноценное питание, недоношенность;
- аномалии развития верхних дыхательных путей;
- обострения хронических соматических заболеваний.

*Клиническими признаками* ОРВИ у детей являются:

- усиленное выделение слизи из носа (иногда она может приобретать желтоватый или даже зеленоватый оттенок);
- покраснение склер;
- слезоточивость;
- кашель (на ранних этапах заболевание он сухой, но потом переходит в продуктивный с откашливанием мокроты);

- повышение температуры тела (обычные сезонные ОРВИ редко сопровождаются лихорадкой больше 38,5С, однако даже такое повышение температуры тела может быть опасным для грудничков и новорожденных);

- заложенность носа;

- осиплость голоса.

Постановка *диагноза* базируется преимущественно на оценке клинического состояния пациента. Врач анализирует жалобы ребенка и его родителей, уточняет анамнез, проводит физикальный осмотр с аускультацией легких.

Для подтверждения диагноза можно воспользоваться следующими обследованиями:

- рентгенография органов грудной клетки;

- комплекс лабораторных тестов для оценки общего состояния здоровья пациента (анализ крови, мочи, «биохимия» крови);

- микроскопический анализ слизи из носа или мокроты.

#### *Лечение ОРВИ*

- Постельный режим. Покой для ребенка – залог быстрого восстановления утраченных сил.

- Обильное питье. Преимущество стоит отдавать грудному молоку (дети до 1-2 лет), теплему чаю, морсам. Жидкость способствует выведению из организма ребенка токсинов.

- Полноценное питание. Достаточное поступление белка, витаминов и минералов способствует быстрому выздоровлению и полноценному восстановлению тканей.

- Этиотропная терапия: ремантадин или арбидол, реаферон, рибовирин, ацикловир, лейкоцитарный интерферон, оксолиновая мазь.

- Прием жаропонижающих медикаментов (парацетамол, ибупрофен) при повышении температуры тела выше 38,5оС.

В случае развития осложнений врач дополнительно может назначить антибиотики, сосудосуживающие средства, антигистаминные препараты. Все зависит от особенностей конкретного клинического случая.

Основной метод нашего исследования — это анкетирование. Именно оно помогло нам определить, как происходит формирование здорового образа жизни у детей раннего возраста.

В анкетировании приняли участие родители детей дошкольного возраста образовательного учреждения детского сада №20 города Кисловодска. По окончании анкетирования были изучены ответы на вопросы анкеты, проанализированы и получены необходимые результаты.

Проведя исследование и получив следующие результаты: оказалось, что 80% опрошенных респондентов считают грипп и ОРВИ опасным заболеванием. Про время инкубационного заражения, не все знают (около 30%). Большинство опрошенных 70% знают, что грипп передаётся воздушно-капельным путём, что он опасен осложнениями, которые могут привести к смертности.

Почти все опрошенные респонденты принимают меры профилактики. Кто-то из опрошенных принимают противовирусные препараты, делают прививку против гриппа. В целом население ознакомлено с методами профилактики.

Изучив дополнительную литературу и проанализировав средства и способы профилактики гриппа и ОРВИ, сделали вывод о снижении заболеваемости путем вакцинации.

### **Памятка родителям по профилактике ОРВИ у детей**

Как уберечь ребенка от вирусов?

*Отдых и сон*

В школьные годы ребенок очень загружен уроками и кружками, поздно приходит домой, занимается уроками и поздно ложиться спать. Организм не успевает восстановиться и это сказывается на иммунитете.

Для полноценного отдыха оставляйте ребенку не менее 8 часов на сон, прогулки и время на спокойное хобби тоже является залогом крепкого иммунитета.

### *Спорт*

Спорт помогает развить скелет и мышцы, а также делает ребенка сильным и выносливым. Не стоит сильно нагружать ребенка, выберите спорт в зависимости возраста и предпочтений ребенка.

### *Закаливание*

При переменной погоде очень сложно правильно рассчитать, как одеть ребенка. Переохлаждение снижает иммунитет, а слишком теплая одежда не дает организму ребенка адаптироваться к реальным погодным условиям.

Начните закаливание с грудничкового возраста. Воздушные ванны, босые ножки в теплую погоду, обливание слегка теплой водой или контрастный душ для детей постарше.

### *Гигиена*

Мытье рук - основа основ! Как бы просто и банально это не звучало. Чистые руки решают много вопросов касательно вирусов. Чтобы не подцепить «заразу» руки стоит мыть после прогулки, туалета, перед едой.

### *Проветривание и уборка*

Вирусы не особо устойчивые к окружающему миру. Поэтому нужно регулярно проветривать помещение, делать влажную уборку, протирать поверхности дезинфицирующими средствами.

### *Правила поведения*

В саду чаще всего дети заражают друг друга от незнания некоторых правил поведения с больными. Расскажите ребенку, почему при чихании и кашле стоит прикрывать рот руками, на каком расстоянии нужно находиться от болеющих детей, и как правильно за собой ухаживать за пределами дома. Научите пользоваться одноразовыми платочками.

### *Домашний режим*

Если вы чувствуете, что ребенок заболевает, проявляются первые еле заметные симптомы, не стоит ждать, когда он разболеется еще больше. В таком случае лучше переждать, посидеть дома. Быть может ваш ребенок легко переносит заболевание, а дети, которых он может заразить могут «слечь» на несколько дней или недель. У всех разный иммунитет, по-разному борющийся с вирусами.

Соблюдая простые правила по профилактике, вы можете уберечь от болезни не только своего малыша, но и широкий круг его друзей.

Представляем вашему вниманию, одно из оздоровительных занятий, которое мы проводили в детском саду №20 города Кисловодска. Целью занятия было познакомить детей со способами профилактики гриппа и ОРВИ и воспитать бережное отношение к собственному здоровью.

*Плотникова Вероника  
Руководитель преподаватель Н.В. Николаева*

## **ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПО ЗРЕНИЮ**

Танцевально-двигательная терапия – современный подход в практической психологии, это бережный метод разрешения внутренних конфликтов и возвращения уравновешенного, спокойного состояния психики.

Танцевально-двигательная терапия помогает встрече со своим телом, снятию эмоционального и физического напряжения, расширению коммуникативных границ, осознанию своего тела.

Танцевально-двигательная терапия дополняет многие преимущества традиционного терапевтического подхода, поскольку позволяет использовать методы, которые лучше всего работают в соответствии с вашими потребностями.

Во многих исследованиях за последние годы было обнаружено, что танцевально-двигательная терапия может развивать набор навыков,

способствовать личностному росту, уменьшать симптомы многих состояний, улучшать коммуникативные навыки и даже стимулировать воображение.

Танцевально-двигательная терапия помогает исследовать свое внутреннее «я». Терапевт может помочь понять правильный творческий процесс и предоставить идеальный механизм преодоления, который поможет справиться с вашими проблемами. Этот процесс не требует знаний в области танца. Иногда невербальное общение может помочь правильно выразить свои мысли и чувства.

Терапия полезна для детей, подростков и взрослых с социальной тревожностью, посттравматическим стрессовым расстройством и травмами среди других когнитивных расстройств и многими другими проблемами.

Руководитель нашей учебно-исследовательской работы по психологии Наталья Владимировна предложила изучить влияние ТДТ на людей с ограниченными возможностями здоровья по зрению. Нам стало очень интересно.

В нашей танцевальной группе занимаются студенты специальности медицинский массаж с остатком зрения и незрячие. Цель каждого занятия – помочь разобраться в широком спектре социальных, эмоциональных и психических проблем, чтобы обрести самосознание и самооценку.

Занятие, обычно, начинается приветствием. Каждый участник представляется по имени и озвучивает, кто, или что он сегодня. Например, я Вероника, я сегодня \_\_\_\_\_.

Такое приветствие дает понимание настроения каждого участника, его психоэмоциональное состояние. Что ему необходимо сегодня получить от занятия.

Далее у нас разминка. Она необходима для активизации психики и тела. В разминке двигаемся из семи разных центров тела: стопы, колени, бедра, кисти, локти, плечи, шея-голова, по порядку и в разных сочетаниях. Например, танцуем левым коленом и правой кистью, стопами и плечами. На первых

занятиях было немного необычно, не всегда сразу получалось. Но с каждым разом получается легче и лучше, расширяется двигательный репертуар.

После разминки следуют различные упражнения, каждое из которых имеет своё предназначение и свою цель. Упражнения носят индивидуальный, парный и групповой характер. На каждом занятии мы осваивали новые упражнения и закрепляли уже известные нам.

Расскажу о некоторых. Очень интересен индивидуальный спонтанный танец, отражающий уникальную манеру исполнителя. Нам предлагалось двигаться, как хочется, под музыку. Казалось бы, что сложного: слышишь музыку и танцуешь. Вот здесь необходимо отметить о целенаправленном выборе музыки. Наталья Владимировна подбирает такие композиции, что не сразу понимаешь, какой образ под неё танцевать. Это очень интересно: мы танцевали и под «Мурку», и под «Лебединое озеро».

Диадный (парный) танец, при исполнении которого участники получают опыт взаимодействия с совершенно разными с точки зрения темпераментных и характерологических свойств личностями, а также возможность изучения характерных для них паттернов близких эмоциональных отношений. Упражнение «Ладонь», в котором партнёры соединены прикосновением ладоней друг к другу. Как состоится взаимодействие в паре? Кто станет вести, а кто будет ведомым? Состоится ли общий танец, или каждый будет двигаться обособленно? Необходимо отметить, что в парах, где взаимодействуют незрячий и слабовидящий, необязательно ведёт партнер с остатком зрения. Это совершенно не зависит от способности видеть, а зависит от характера, темперамента, лидерских способностей, сильной энергетики.

Групповой танец, при исполнении которого участники получают опыт множественного взаимодействия с другими и многократного отражения себя в других людях. Упражнение «Водоросли», в котором есть центральная фигура – водоросль и вокруг неё волны. Водоросль крепко вросла в морское дно, но волны колыхают её в разные стороны. Водоросль может быть

послушная, исполнительная, или самостоятельная и своенравная. Волны могут быть мягкими и ласковыми, или бурными и штормовыми.

Групповой круговой танец занимает в танцевальной терапии особое место. В силу того, что круговой танец – исторически первая форма танца, наиболее распространенный способ совершения обрядов и форма, сопряженная в мифологическом сознании первобытного человека с определенными культами, ему приписывается функция пробуждения архетипических переживаний – связи с другими.

В психотерапевтическом процессе круговой танец выполняет следующие функции: снижение тревожности и сопротивления, возникновение чувства общности, сопричастности, развитие внутригруппового единства и межличностных отношений. Круг рассматривается как базовая для танцевальной терапии фигура, где каждый может двигаться одновременно. Упражнение «Пальцы», в котором мы выстраиваемся в круг лицом в затылок друг другу, руки на спине у впереди стоящего. Под музыку, в которой чередуются сильные активные и спокойные мягкие периоды, мы двигаемся по кругу и производим прикосновения пальцами впереди стоящему партнёру, потом поворачиваемся на 180%, меняется партнёр, и продолжаем в том же ритме. Упражнение было преобразовано под нашу профессиональную специфику: мы выполняем массажные приёмы под музыку и в движении. Получается, что во время этого упражнения, каждый делает массаж двум участникам и одновременно сам получает от двух. Ещё мы очень любим «Хоровод». Наталья Владимировна становится первой и ведет нас за собой. Мы идем по кругу, делаем змейку, закручиваемся в спираль, делаем малый круг, затем большой. Это очень здорово: мы обмениваемся энергией, чувствуем сопричастность и объединение. И уже способность видеть отходит на второй план в силу того, что мы становимся единым целым.

В следующем учебном году мы продолжим учебно-исследовательскую работу по психологии по этой же теме. Но уже сейчас можно сделать

определенные выводы по влиянию танцевально-двигательной терапии на людей с ОВЗ по зрению:

1. Нет каких-либо ограничений для незрячих участников исследования.
2. Развитие социальных навыков посредством приобретения участниками соответствующего – и притом приятного – опыта.
3. Даёт возможность выйти за границы своих личных ограничений.
4. Расширяет двигательный репертуар.
5. Выбор разнообразных музыкальных композиций развивает творческое воображение.
6. Снижаются ощущения скованности в теле, снимается мышечное напряжение, повышается коммуникативная активность, улучшается эмоциональное состояние, возвращается душевное равновесие.

*Ковалева Кира  
Руководитель преподаватель О.В. Блохина*

## **ВЛИЯНИЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что медицинские сестры ежедневно контактируют с различными факторами риска, которые могут влиять на здоровье и работоспособность, вызывая профессиональное заболевание.

Цель:

Изучить влияние благоприятной производственной среды на здоровье медицинской сестры

Задачи:

Изучить факторы риска в работе медицинской сестры;

Определить меры профилактики для снижения профессиональной заболеваемости медицинских сестер.

В процессе профессиональной деятельности на медицинских сестер действует опасные и вредные производственные факторы: стрессы, радиация, физическая нагрузка, инфекции, токсические вещества.

Первое место среди профессиональных заболеваний медсестер стабильно занимают инфекционные заболевания (80%), которые зачастую передаются именно гемоконтактным (с кровью) путем. Среди них лидируют вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулез.

Второе место – 12% занимают аллергические заболевания (бронхиальная астма, крапивница, риниты, дерматиты), и по 4% занимают заболевания опорно-двигательного аппарата и стрессы.

Работа медицинской сестры — это ежедневный контакт с множеством незнакомых людей, которые могут быть инфицированы. Процедурные медсестры находятся в группе максимального риска — так как среди них крайне распространены уколы, порезы и другие травмы, возникающие при выполнении инъекций или взятия крови.

В последние несколько лет в России предприняты меры, направленные на создание системы безопасности медицинских работников на рабочем месте, существуют специальные способы и инструменты для безопасного взятия и обработки образцов крови у пациентов. К ним относится использование закрытых вакуумных систем для взятия венозной крови у пациентов, исключающих возможность контакта медицинской сестры с кровью пациента;

Соблюдение правил позволит обезопасить медицинских сестер от риска возникновения гемоконтактной инфекции.

Среди аллергических заболеваний среди медицинских работников чаще всего 62% встречается бронхиальная астма, аллергическая крапивница в 18% случаев, аллергические риниты - 8%, и аллергические дерматиты – 12%.

Причиной профессиональных аллергозов могут стать не только лекарственные препараты, но и химические реагенты, дезинфицирующие и моющие средства, латекс, содержащийся в перчатках.

При постоянном пребывании в вынужденной рабочей позе медицинские сестры приобретают заболевания опорно-двигательного аппарата, нервной и сосудистой систем.

- варикозное расширение вен нижних конечностей,
- заболевания позвоночника.

Также медицинские сестры испытывают высокое нервно-эмоциональное напряжение, которое может привести к профессиональному выгоранию.

Профессиональное выгорание — это синдром физического и эмоционального истощения, возникающего на фоне хронического стресса, вызванного межличностным общением.

При опросе медицинских сестер - 40% имеют конфликт с коллегами, 17% - испытывают чувство обиды на пациентов, 88% - переутомление и 64% эмоциональное выгорание.

За рабочий день медсёстрам приходится перемещать в среднем до 50 пациентов это значительная физическая нагрузка, которая является причиной возникновения болей в спине и травм позвоночника, при несоблюдении правил биомеханики.

Биомеханика — это способ, благодаря которому тело человека приспосабливается, чтобы не потерять равновесие во время движения.

Чтобы избежать травм позвоночника используют современные средства для перемещения пациентов: эластичные пластины, пояса, скользящие простыни.

Мы провели исследование медицинский сестер в ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница». Было опрошено 20 медицинских сестер по специально разработанной анкете. Возраст от 20 до 50 лет, стаж работы от года до 14 лет.

В результате опроса было выявлено, что 70% опрошенных часто контактируют с химическими веществами, 10% беспокоят кашель, кожный зуд, чихание, что указывает на аллергические реакции. 80 % всегда

используют средства индивидуальной защиты, и, к сожалению, 20% - не всегда.

Не соблюдают правил биомеханики – 40%, и 65 % отмечают возникновение болей в спине при поднятии тяжестей. И никто из опрошенных не использует современные средства для перемещения пациентов.

Таким образом, многие медсестры не имеют четких знаний о правильном положении тела и биомеханике, и поэтому они практически не используются.

Отделения нашей больницы не снабжены в достаточной степени средствами для перемещения пациентов, что тоже увеличивает риск повышения профессиональных заболеваний.

Мы разработали рекомендации по профилактике

- при поднятии или перемещении пациента пользуйтесь вспомогательными средствами или подъемными устройствами.

Используйте скользящие простыни.

Важно соблюдать правильную биомеханику медицинской сестры в положении сидя.

Для профилактики варикозного расширения вен исключить длительное пребывание на ногах, избегать застоя крови, меньше сидеть, стоять, больше ходить.

Для уменьшения воздействия химических веществ, использовать защитную одежду, ухаживать за кожей рук.

Для профилактики инфекционного заражения: правильно обращаться с колющими, режущими инструментами, использовать средства индивидуальной защиты.

Для профилактики отрицательного воздействия стрессовых ситуаций на медсестру, нужно четко знать свои служебные обязанности, планировать свой день, соблюдать здоровый образ жизни.

Были розданы памятки медицинским сестрам.

Таким образом, если медицинские сестры соблюдают меры личной безопасности на рабочем месте, а рабочие места защищены от вредных и опасных факторов, то воздействие их на здоровье значительно снижается, работа перестает быть источником перенапряжения и стресса, и это благоприятно влияет на здоровье медицинской сестры.

*Петров Александр  
Руководитель преподаватель Г.А. Сотниченко*

### **КОМПЛЕКСНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ МАССАЖА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Распространенность патологий поясничных болей, приняло максимальную актуальность в нынешнее время, так как научный прогресс постоянно движется только вперед. Меняется ритм жизни, физическая активность снижается, ряд профессий связан с малоподвижным образом профессиональной деятельности, все это приводит к развитию различных патологий и в том числе поражений поясничного отдела позвоночника.

Массаж – это физиотерапевтический метод, без проникновения через кожные покровы и без мобилизации относительно друг друга сегментов костно-суставных структур опорно-двигательного аппарата. Массаж - рассматривается как научно обоснованный лечебно-профилактический и оздоровительный метод воздействия на организм. Активирует систему неспецифических реакций адаптации и механизмов саморегуляции в организме человека.

Характер ответной реакции на массажное воздействие зависит: от функционального состояния высших отделов центральной нервной системы, соотношения процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга; от состояния рецепторов; от клинических проявлений болезни; от методики и техники массажа (от характера массажных приемов, их силы и продолжительности).

Под влиянием массажа в организме человека возникает ряд местных и общих реакций, в которых принимают участие все ткани, органы и системы.

В результате этих научно подтвержденных принципов массажного воздействия, на организм человека, было принято решение, в своей исследовательской деятельности использовать; классический лечебный, соединительнотканый массаж, ЛФК.

Основной особенностью применения классической техники массажа, является правило диплеторного воздействия. Процедура массажа начинается с обработки, вышележащей зоны, в данной методике это будет область спины. Затем обрабатываем зону поясничной области.

Соединительнотканый массаж способствует нормализации нарушенного кровоснабжения органов и тканей, улучшению трофики, ликвидации спазма гладкой мускулатуры, стимулирует процессы регенерации и рассасывания рубцов и спаек. Лечение оказывается наиболее эффективным при наличии выраженных рефлекторных изменений в покровных тканях тела человека, а именно зон соединительной ткани, что при данной патологии ярко выражено у обследуемых пациентов.

Лечебная гимнастика при поясничных болях, направлена на тренировку и укрепление мышц живота, спины, ягодиц и длинных разгибателей бедра. Увеличение силы и тонуса мышц живота приводит к увеличению внутрибрюшного давления, благодаря чему часть сил воздействующих на нижние межпозвонковые диски передается на дно таза и диафрагму. Укрепление данных мышц должно осуществляться главным образом путем изометрических упражнений, способствуя снижению болевых ощущений и нормализации тонуса мышц, вовлеченных в патологию.

Причинами развития патологии поясничных болей могут быть: пояснично-крестцовый радикулит, остеохондроз поясничного отдела, деформирующий спондилез и спондилоартроз, сколиоз, миозит поясничных мышц, не заращение дужек поясничных позвонков, парезы и параличи различного происхождения, болезнь Литтля, плоскостопие, косолапость, варикозное расширение вен нижних конечностей, облитерирующий эндартериит, болезнь Рота, вибрационная болезнь, обморожение, растяжение

связок, сухожилий и мышц, тугоподвижность суставов, контрактуры, хронические заболевания суставов различного происхождения, неврит бедренного нерва, закрытые переломы костей, пяточные шпоры, после иммобилизации, переломов позвоночника, ушибов мягких тканей, вправления вывихов суставов нижних конечностей, при подготовке культи к протезированию, а также заболевания мочеполовой системы, желудочно-кишечного тракта.

На основе вышеизложенного студенты колледжа разработали практическую методику при данной патологии. При сотрудничестве с ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница» была создана группа пациентов, имевших в анамнезе проявления поясничных болей различной этиологии.

Практический эксперимент проходил на базе ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России, где за время его прохождения пациенты получили по 12-15 процедур классического и 12–15 процедур соединительнотканного массажа, сочетая эти виды массажа 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 проявления поясничных болей, сформированной группы из 38 человек был разносторонним.

По окончании проделанной работы все пациенты, без исключения, отмечали выраженный эффект данной методики. Значительное улучшение функции внутренних органов, увеличения объемов движения работы ОДА, нормализации мышечного тонуса, повышение жизненной активности и физической трудоспособности.

Опыт проведенных исследований говорит о том, что данная методика комплексного воздействия массажа и ЛФК при данной патологии 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.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Минздрав России. Временные методические рекомендации: Версия 6. 24.04.2020. М.; 2020.
2. Пульмонология (Электронный ресурс). Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Чучалина А.Г. М.: ГЭОТАР - Медиа; 2016.
3. Респираторная медицина. Руководство: в 3т. Подред. А.Г. Чучалина. 2-е изд., перераб. И доп. М.: Литтерра; 2017.
4. Избранные лекции по медицинской реабилитации. Подред. Разумова А.Н., Тамбов; 2016.
5. Мишланов В.Ю., Чучалин А.Г., Черешнев В.А., Шубин И.В., Никитин А.Э. Новые технологии в реабилитации больных респираторными заболеваниями. Телемониторинг и телереабилитация. Практическая пульмонология.2019; 3; 28-31.
6. Мухарлямов Ф.Ю., Сычева М.Г., Рассулова М.А., Разумов А.Н. Пульмонологическая реабилитация: современные программы и перспективы. Пульмонология. 2013; 6;99-105.
7. Трипольская И.Л., Чаплыгин Н.В. Соединительнотканый массаж. Учебное пособие. – М.: АНМИ, 2002г.
8. Акопян Л.В., Павлухина Н.П., Яшина Т.Н. Рефлекторно — сегментарный массаж. Соединительнотканый массаж. Учебное пособие. - СПб, "Наука и Техника", 2021г. - 320 с.:ил.+DVD
9. Классический массаж. Основы теории и практики. Н.П. Павлухина. - СПб, "Наука и Техника", 2021г.

*Кияницына Ангелина,  
Филимонова Яна  
Руководитель преподаватель А.Б. Стахова*

## ЗНАЧЕНИЕ ЗАВТРАКА В СИСТЕМЕ ПИТАНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Здоровое питание – один из важнейших компонентов красоты и здоровья. Правильное питание поможет человеку не только оставаться в

прекрасной форме, но и позволит чувствовать себя энергичным и работоспособным. Придерживаться здорового питания не так уж и сложно, как кажется на первый взгляд. Родители постоянно задают вопрос подросткам: «Позавтракал ли?» На что часто получают ответ: что не успел позавтракать, кушать не хотелось». Родители начинают объяснять, что завтрак обязательно необходим для того, чтобы быть здоровым. Из-за этого часто возникают споры, поэтому, мы решили провести исследование на тему «Важен ли завтрак для сохранения здоровья человека?» и разобраться в этом вопросе.

Изучая данный вопрос в Интернет-сети, в энциклопедической, научно-популярной литературе, мы выяснили, что питание подростков стало головной болью не только родителей, но и серьезной проблемой современной диетологии. В 2019 году, в ходе всероссийской диспансеризации было выяснено, что здоровье российских школьников в последнее десятилетие значительно ухудшилось. Было осмотрено 30 млн. 400 тыс. детей до 18 лет. Результаты показали снижение доли здоровых детей (с 45% до 34%) по итогам диспансеризации 2010 года. Болезни органов пищеварения стоят на 3 месте по заболеваемости составляют 32%, прежде всего они связаны с состоянием питания.

Пищевой рацион подростков должен покрывать все энергетические потребности, связанные с ростом организма и жизнедеятельностью. Итак, актуальность проблемы питания подростков очень велика, одна из её составляющих — это завтрак. Давайте рассмотрим, что такое завтрак и его значение в жизни подростка.

Завтрак — первый дневной приём пищи, утренняя еда. Это отличное время настроиться на удачный день и получить от еды и пользу, и удовольствие! Старая мудрая пословица гласит: «Завтрак съешь сам, обед раздели с другом, а ужин отдай врагу!». Очень важно именно утром зарядить свой организм необходимым количеством полезных веществ, потому что утро — самая главная часть дня для подпитки организма, ведь впереди целый день активности. Кроме того, если за завтраком вы не получите положенное

количество калорий и питательных веществ, считайте, что полдня ваш организм продолжит «спать». Поэтому именно утром рекомендовано употребить не менее трети своей суточной нормы калорий.

Зачем завтракать?

Наша печень всю ночь снабжает организм сахаром, который поступил накануне. Его хватает обычно на 10 часов, после чего она настораживается и ждет «добавки»; если добавки нет, сахар начинает поступать... из наших мышц. Этот процесс останавливается, как только вы чувствуете запах еды или ее видите и собираетесь вскоре съесть (мозг уговаривает печень немножко потерпеть). Но, если вы не позавтракали, печень работает в экстренном режиме и когда, наконец, вы что-то съедаете, уровень сахара в крови резко подскакивает, вырабатывается большое количество инсулина и из того, что вы съели, значительная часть откладывается «про запас», чтобы этот самый экстренный режим больше не повторялся. Следовательно, завтрак должен быть!

Недавно проведенные исследования доказали, что завтрак необходим детям и подросткам. Студенты и школьники, получающие каждый день полноценный, сытный завтрак, лучше учатся и реже страдают от избыточного веса, чем те, что пренебрегают утренней трапезой. Ведь первый урок или пара — это в любом случае напряжение, стресс. А если этот стресс регулярно происходит на голодный желудок, что может спровоцировать развитие гастрита и язвы.

Кроме того, после серьезной интеллектуальной нагрузки не успевший позавтракать человек испытывает такой дефицит энергии, что потом переедает во время обеда и ужина. Зато у тех, кто не отказывается от завтрака, не только в норме вес, но и лучше память, внимание, выше коэффициент интеллекта, они реже пропускают занятия.

Наше исследование мы начали с анкетирования студентов 1 курса специальностей Сестринское дело, Лечебное дело, Медицинский массаж. Опрос прошли 88 человек. Анкета содержала 7 вопросов.



определить, какой же завтрак является более сытным, полезным и надолго утоляет чувство голода.

Мы выбрали 15 человек из числа студентов, которые никогда не завтракают.

Провели им антропометрические измерения, опросили студентов на предмет успеваемости, настроения, провели тесты на внимание (найди 5 отличий за 20 секунд).

По условиям исследования, студенты должны были завтракать дома в течении 3-х недель. Затем мы снова провели измерения и опрос, и тесты на внимание.

В результате 12 человек отметили улучшение настроения, успеваемости, тесты показали улучшение внимания. Антропометрические данные остались без изменений. 3 человека не выполнили условия исследования.

Расширенное исследование. Из числа студентов, которые регулярно завтракают дома, мы выбрали 18 человек для исследования какой же завтрак позволяет дольше оставаться сытым.

Мы предложили на выбор 3 варианта завтрака:

1.Хлопья с отрубями, традиционная каша с фруктами (медленные углеводы).

2.Яйца, ветчина, сыр, шпинат и помидоры (белковый завтрак).

3.Кукурузные хлопья, рисовые шоколадные шарики, круассаны, булочки с джемом или вареньем (быстрые углеводы).

Всех испытуемых мы разделили на 3 группы по 6 человек. По условиям исследования каждая группа должна была завтракать одним из вариантов в течении 5 дней и наблюдать за своим самочувствием, отмечая время, когда появилось чувство голода.

По итогам исследования мы получили следующие результаты:

- Студенты, которые завтракали быстрыми углеводами начинали испытывать голод через 2,5-3 часа после завтрака.

- Студенты, которые завтракали медленными углеводами начинали испытывать чувство голода примерно через 3.5-4 часа после завтрака.

- Студенты, которые завтракали белковой пищей начинали испытывать чувство голода примерно через 5-6 часов после завтрака.

Завтрак, содержащий быстрые углеводы, был оценен, как более «вкусный» и «понравившийся». При этом, чем более быстрые углеводы были на завтрак, тем больше после них хотелось есть и тем сильнее испытуемые переждали во время обеда. Таким образом, быстрые углеводы кратковременно создают иллюзию сытости.

Те, кто завтракал белковыми продуктами, меньше испытывали чувство голода и, соответственно, меньше переждали за обедом.

Итак, по окончании исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Завтрак важен для сохранения здоровья человека. Люди, которые регулярно завтракают сохраняют хорошее настроение и работоспособность.

2. Люди, которые предпочитают белковый завтрак дольше испытывают чувство сытости.

Завтрак – это такая же важная привычка как чистка зубов по утрам и прочая гигиена, поэтому обязательно приучите к ней свой организм. Начните переходить к здоровому питанию постепенно. Зная основные правила питания, каждый человек может самостоятельно составить сбалансированный рацион, подобрать правильные продукты питания, разработать здоровое меню для себя и своей семьи.

Предлагаем познакомиться с памятками для студентов: «Почему необходимо завтракать?», «Каким должен быть завтрак?»

### ***Памятка «Почему необходимо завтракать?»***

Почему необходимо завтракать, и каким должен быть завтрак? Есть некоторые факты, которые заставят тебя пересмотреть свое отношение к завтраку. **Завтрак очень важен для нашего организма, ведь это первый и самый основной прием пищи за весь день, а то, что Вы кушаете на**

**завтрак, будет фундаментом Вашего здоровья, настроения и фигуры.** Тем не менее, многие люди не любят и вообще предпочитают не завтракать. А зря.

### **Почему нужно завтракать?**

- ✓ Завтрак заряжает энергией на целый день;
- ✓ Завтрак поднимает настроение;
- ✓ Завтрак контролирует голод в течение дня;
- ✓ Завтрак улучшает память и внимание;
- ✓ Завтрак спасает от стресса;
- ✓ Завтрак спасает от лишнего веса;
- ✓ Завтрак помогаем избежать заболеваний;

### ***Памятка «Каким должен быть завтрак?»***

#### **Варианты здорового завтрака:**

***Каша на завтрак*** – отличное начало дня. Чтобы завтрак стал еще вкуснее и питательнее, а организм не требовал сладостей, в кашу можно добавить немного фруктов – мелко нарезанный банан, изюм или сушеные абрикосы отлично дополняют здоровый завтрак. Конечно, лучше всего есть на завтрак овсяную кашу – в ней содержится больше всего клетчатки, «здорового» источника энергии, которая позволяет быстро ощутить чувство сытости и сохранить его на более долгий срок.

***Фруктовый салат*** – это не только энергия, необходимая для полноценного начала дня, но и набор полезных витаминов и минералов. В отличие от сладостей, которые организм расщепляет очень быстро, фрукты усваиваются организмом чуть дольше за счет содержания клетчатки – а это означает, что организм будет получать энергию дозированно, постепенно, и вы дольше не будете ощущать чувства голода. В качестве «заправки» к фруктовому салату подойдет нежирный йогурт, а ингредиентами могут стать любые фрукты – мелко нарезанные бананы, яблоки, груши, сливы.

***Вареные яйца*** – вариант здорового завтрака, практически не требующий ни времени, ни сил для приготовления. Относительно малокалорийные (в одном вареном курином яйце содержится порядка

семидесяти пяти калорий), яйца – отличный источник энергии и питательных веществ (в частности, витамина D и белка), в особенности в сочетании с кусочком цельнозернового хлеба и стаканом фруктового или овощного сока.

***Традиционный английский завтрак (яичница с ветчиной)*** – для тех, кто предпочитает плотно поесть с утра. Нежирная обжаренная на сковороде ветчина – отличный источник протеина, в яичницу можно добавить мелко нарезанные помидоры, консервированные бобы.

**Завтрак должен состоять из закуски, горячего блюда, горячего напитка.** Разнообразие меню достигается путем использования достаточного ассортимента продуктов и различных способов кулинарной обработки.

### **Чем заменить кашу?**

✓ К примеру, иногда на завтрак можно приготовить макароны с сыром;  
✓ Отличные варианты – омлет, пудинг, запеканка из творога или овощей.

### **Вы любите бутерброды?**

Это не самый лучший выбор, особенно если используется белый хлеб, содержащий много простых углеводов. Однако вы все же можете сделать бутербродный вариант приемлемым. Для приготовления сэндвичей используйте цельнозерновой или черный хлеб.

**Забудьте про колбасу!** Начинку можно сделать из огурца, сладкого перца, листьев салата и куриного филе, а также запеченной индейки или говядины.

**Для каждого «вредного» продукта, есть альтернатива – полезный продукт питания!**

<b>Популярный у детей продукт питания</b>	<b>Наиболее полезная альтернатива</b>
шоколад	финики, бананы
сладкие хлопья	каша с сухофруктами
колбаса и сосиски	запечённое мясо
сдобные булочки	зерновой хлеб
сладкий газированный напиток	компот из свежих фруктов, сок

## **ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА**

Формирование всех органов и систем организма человека, находится под контролем желез эндокринной системы.

Влияние на процессы роста и развития железы внутренней секреции осуществляют посредством гормонов. Гормоны – химические соединения, обладающие высокой биологической активностью. Гормоны контролируют важнейшие процессы организма: активность генов, процессы онтогенеза, рост и развитие тканей, размножение, формирование пола.

Гормон передает информацию в форме химического соединения, действующего на чувствительные к нему органы-мишени. Восприятие информации в этих органах возможно благодаря белковым молекулам-рецепторам, расположенным в мембранах и органоидах клеток. Они распознают и связывают определенный гормон. В результате взаимодействия с гормоном в мембране, ферментах, генетическом аппарате клетки возникают изменения, обуславливающие его влияние. Если не осуществилось взаимодействие гормона с рецепторами органа-мишени, он расщепляется в печени, почках и легких.

Недостаточная или избыточная деятельность структур эндокринной системы приводит к нарушению гормональной регуляции и развитию патологических состояний. Степень выраженности нарушений будет зависеть от длительности патологического состояния и времени его возникновения, а также от своевременной диагностики, адекватной профилактики и коррекции выявленных гормональных сдвигов в организме человека.

В данной научно-исследовательской работе провели систематизацию работ о роли соматотропного гормона (гормона роста) и инсулиноподобного фактора роста 1-го типа на организм человека.

СТГ представляет собой белковый гормон, состоящий из 191 аминокислотного остатка. Он синтезируется и секретируется соматотрофами

передней доли гипофиза. Главная функция СТГ – стимуляция линейного роста человека. Стимуляция эта опосредуется инсулиноподобным фактором роста-1 (ИФР-1). СТГ влияет на все виды обмена: на углеводный – снижает поглощение глюкозы внепеченочными тканями, увеличивает продукцию глюкозы печенью, вместе с глюкокортикоидами и инсулином – запасы гликогена в печени, уровень глюкозы в плазме крови; на липидный – увеличивает липолиз в адипоцитах, уровень кетоновых тел в плазме; на белковый обмен – увеличивает поглощение аминокислот и синтез белка через действие ИФР-1.

Период полураспада СТГ в плазме колеблется в пределах 20-50 минут. В ранние утренние часы концентрация СТГ не достигает 2 нг/мл (90 ммоль/мл).

Секреция СТГ регулируется двумя гипоталамическими гормонами – соматотропин-релизинг гормоном и соматостатином.

Стимулирующими секрецию СТГ физиологическими факторами являются следующие: сон, физические нагрузки, стресс физический или психологический, гипогликемия; патологическими – снижение уровня белка и голодание, нервная анорексия, хроническая почечная недостаточность, акромегалия, ожирение, гипотиреоз, гипертиреоз и др.

Нервные факторы также влияют на секрецию СТГ, например, усиление импульсной секреции СТГ во время сна обусловлено нервными импульсами. Максимальный уровень СТГ обнаруживается через 1-4 часа после засыпания у детей и с возрастом уменьшается.

При избытке соматотропного гормона до закрытия зон роста костей, то есть в препубертатном периоде, развивается гигантизм. В постпубертатном периоде, после закрытия эпифизарных пластинок и прекращения роста костей в длину, избыточная продукция соматотропина приводит к акромегалии. У больных с акромегалией отмечают отечность мягких тканей, увеличение размеров дистальных отделов конечностей, повышенная секреция потовых желез, огрубение черт лица, прогнатизм, увеличение языка; больные

предъявляют жалобы на суставные боли, апноэ в ночное время, нарушается углеводный обмен, возникает артериальная гипертензия. Акромегалия, как правило, прогрессирует медленно, от первых проявлений заболевания до постановки диагноза может пройти до 8 лет.

Недостаток гормона роста у детей вызван, чаще всего, генетическими нарушениями, что вызывает задержку роста и полового созревания (с нормальным развитием психики).

Но СТГ необходим и взрослым, т.к. он регулирует обмен веществ, влияет на психическое здоровье и сохраняет молодость, активизирует синтез нуклеиновых кислот РНК и ДНК, ускоряет заживление ран, противодействует старению организма и развитию ожирения. При нехватке соматотропного гормона у взрослых развивается повышенное отложение жира.

Благодаря анаболическому эффекту гормона роста, т.е. его способности стимулировать образование белков, наращивается мышечная масса, укрепляется костный скелет организма. СТГ улучшает усвояемость кальция и фосфора костной тканью, поддерживая ее плотность, способствует сжиганию жира. СТГ активизирует витамин D в почках, что влияет на усвоение кальция и фосфора, предупреждает их потерю с мочой и способствует укреплению костей.

С возрастом уровень СТГ падает, и это одна из причин старческой саркопении (уменьшения мышечной массы). Для улучшения ситуации необходимо в своем организме создать условия, чтобы СТГ вырабатывался в организме как можно дольше естественным путем. Для этого необходимо наладить свой сон, так как он способствует стимуляции выработки СТГ, заниматься физкультурой, употреблять здоровую пищу с достаточным количеством белка, ограничением простых углеводов и продуктов, содержащих большое количество холестерина, так как они не способствуют синтезу СТГ.

К числу внешних факторов, играющих определенную роль в способности стимулировать повышение СТГ, являются: объем вовлеченных в

работу мышц, величина нагрузки при выполнении упражнений, ее объем и продолжительность интервалов отдыха между этапами выполнения упражнений.

Дальнейшие исследования показали, что выявленные зависимости влияния силовых упражнений на стимуляцию СТГ зависят от изменения кислотно-щелочного баланса под влиянием физических упражнений. Уровень физической подготовленности, пол и возраст влияют на степень изменений СТГ в ответ на физические упражнения. Возраст и ожирение приводят к заметному снижению секреторного ответа за счет изменения метаболических сигналов в регуляторной системе и эффектов ее основных компонентов. Пол человека определяет особенности секреции СТГ в ответ на физическую нагрузку независимо от возраста. Снижение физиологического уровня секреции СТГ у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, имеющих ожирение, пожилых людей является одной из причин увеличения жировых отложений в брюшной области, возникновения дислипидемии, относительной нечувствительности к инсулину (инсулинорезистентности), снижения массы мышечной и костной тканей (саркопении) и снижения качества жизни.

Таким образом, анализ литературы, показал, что дети с различными формами дефицита гормона роста или другими дефектами пути передачи сигнала гормона роста обычно не достигают своего полного потенциала размера и роста без адекватной гормональной терапии. Влияние терапии гормоном роста на конечный рост зависит от продолжительности введения дозы, частоты и возраста, в котором была начата терапия. Также продукция СТГ зависит от таких факторов, как пол, возраст, образ жизни, ожирение.

Список литературы:

1. The somatomedin hypothesis / Le Roith D., Bondy C., Yakar S. [et al] // *Endocr Rev.* – 2001. – № 22. – P. 53.
2. Clark, R. G. Robinson ICAF: UP and Down the growth hormone cascade / R. G. Clark // *Cytokine Growth Factor Rev.* – 1996. – № 7. – P. 65.

3. Воротникова, С. Ю. Метаболические эффекты гормона роста /С. Ю. Воротникова,

Е. А. Пигарова, Л. К. Дзеранова // Ожирение и метаболизм. – 2011. – № 4. – С. 55-60. [In English] Vorotnikova S.Yu., Pigarova E.A., Dzeranova L.K. Metabolic effects of the growth hormone. Obesity and Metabolism, 2011, no. 4, pp. 55-60

4. Дедов И.И., Мельниченко Г.И., Липатенкова А.К. Современная нейроэндокринология // Вестник РАМН. 2012. № 8. С. 7-10.

5. Л.А. Ботвинева, Ю.В. Корягина. Физическая нагрузка и соматотропный гормон// ФГБУ «Северо-Кавказский федеральный научно-клинический центр Федерального медико- биологического агентства», г. Ессентуки, Россия РОССИЙСКИЙ ЖУРНАЛ RUSSIAN JOURNAL OF СПОРТИВНОЙ НАУКИ SPORTS SCIENCE 2022, Т. 1 (3) 2022, Vol. 1 (3)

### **ГБРОУ СК «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

*Мутаирова Кызларбийке  
Руководитель преподаватель высшей  
квалификационной категории Халкечева Г.В.*

#### **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОРЬЮ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Актуальность проблемы:

По данным ВОЗ корь до сих пор остается одной из главных причин детской смертности во всем мире. От осложнений умирает каждый четвертый. Заражаются 9 из 10 контактных. Группой риска являются дети до 1 года.

Корь — это воздушно-капельная, вакциноуправляемая вирусная инфекция, которая характеризуется высокой Т, интоксикацией. катаральным синдромом и сыпью. Особенностью кори является то, что инкубационный период составляет от 7 до 17 дней, а у ранее вакцинированных людей со сниженным иммунным ответом к кори может длиться до 3 недель. Еще одна особенность кори- схожесть на первых стадиях с ОРВИ.

Первые признаки кори появляются на 8-12 день после заражения: Т, кашель, насморк, конъюнктивит, светобоязнь, на слизистой щек появляются белые пятна Филатова - Коплика, окруженные каймой. На 13-14 день за ушами и щеках появляются высыпания, которые распространяются на лицо и шею, а позже на тело, руки и ноги. В течение 3-х дней сыпь уходит в той же последовательности, как и появлялась, оставляя за собой пигментацию.

Заболевание опасно тяжелыми осложнениями: пневмонией, энцефалитом, судорогами, может приводить к инвалидности, вследствие поражения мозга, а также к слепоте и глухоте, Летальность при поражении мозга достигает 40%.

Подъемы заболеваемости корью фиксируются каждые 4-6 лет. Заболеваемость корью в России выросла в 79 раз по сравнению с 2022 годом.

В 2023 году зарегистрировано 10000 заболевших. С начала 2024 года в РФ выявили более 950 случаев кори в 46 регионах. Больше всего заболевших в Ростовской области и ХМАО, Краснодарском крае, КБР и Татарстане. В Ростовской области в феврале было зарегистрировано более 200 случаев кори. 98% заболевших не были привиты.

В Ставропольском крае в декабре выявлено 290 случаев кори. В феврале заболеваемость снизилась на 40%.

В 16 регионах вводились ограничительные меры: карантин в детских садах, школах, вузах и больницах.

В Роспотребнадзоре заявили, что в субъектах страны фиксируются единичные случаи кори – преимущественно за счет не привитых граждан, в том числе прибывших из стран ближнего зарубежья. Также выявляются небольшие групповые очаги среди граждан, которые не прививаются по конфессиональным либо по каким-то иным убеждениям или ведущие кочевой образ жизни.

В 2023 году было привито свыше 80% граждан от подлежащих ей. В настоящее время иммунная прослойка в нашей стране достаточно высокая, и

составляет 82% от всей популяции. Чтобы корь затихла, нужно иметь иммунный ответ 95% и выше, включая детей и людей старшего возраста.

Плановая вакцинация проводится в 1 год, ревакцинация в 6 лет. В настоящее время в российских регионах отмечается нехватка вакцины от кори. В конце марта поступит 161 тысяча доз отечественной вакцины «Вактривир».

При возникновении заболевания корью, определяется круг контактных. Контактные прививаются по экстренным показаниям. Эффективность экстренной профилактики ниже плановой. В случаях, если больной проживает в многоквартирном доме, все его жильцы считаются контактными, так как инфекция передается воздушно-капельным путем, в том числе и через вентиляцию.

*Список литературы:*

1. Диагностика и лечение кори в период эпидемической вспышки. Баялиева М.М. Смеликов Я.А. Электронный научный журнал 2019 г.
2. Вирусные болезни человека. Лобзин Ю.В. Белозеров Е.С. СПб 2020г
3. Детские болезни. Учебник под редакцией Баранова А.А. г. Москва 2021 г.
4. Инфекционные болезни. Учебник под редакцией Учайкина В.Ф. 2019г.
5. Корь. ВОЗ. Информационный бюллетень. 2022г.

*Искакова Белла  
Руководитель преподаватель высшей  
квалификационной категории Большат А.А.*

## **ЗДОРОВЬЕ КАК БИОСОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА**

Биосоциальная природа – это неразрывное сочетание биологического и социального начал в человеке, отличающее его от всех живых существ.

Сущность человека имеет двойственный характер. Человеческому организму свойственны определенные физиологические процессы и потребности, обусловленные природой и присутствующие с момента

рождения. Жизнь в обществе объясняется становление личности и приобретение социально значимых качеств, реализация иных потребностей, не связанных с природной средой.

Биологическое и социальное в человеке слиты воедино. Человек, с одной стороны, биологическая система - организм, относящийся к виду «человек разумный», следовательно, ему свойственны признаки и свойства данного вида; а с другой стороны, человек - существо социальное, т. е. живущее в обществе и по законам общества.

Биологическая природа человека проявляется в его анатомии и физиологии. Организм человека обладает кровеносной, опорно-двигательной, нервной, выделительной системами. Но, в отличие от животных, биологическое у человека не существует в чистом виде, оно социально обусловлено.

Процесс становления личности называется социализацией, так как тесно связан с социумом. Невозможно развитие человека вне коллектива людей. Благодаря погружению в общественную жизнь, человек приобретает разум и сознание, свободу и чувство ответственности, учится быть полезным окружающим и готовым к труду.

Важнейшей ценностью для человека, как биосоциального существа, является здоровье. По словам древнегреческого историка Геродота «Когда нет здоровья, молчит мудрость, не может расцвести искусство, не играют силы, бесполезно богатство и бессилён разум».

Еще в середине XX столетия историк медицины Генри Эрнест Сигерист дал понятию «здоровье» следующее определение: «Здоровым может считаться человек, который отличается гармоническим развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Здоровье не означает просто отсутствие болезней: это нечто положительное, это жизнерадостное и охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека».

В настоящее время принято выделять несколько компонентов здоровья.

1. Соматическое здоровье, основой которого является биологическая программа индивидуального развития человека.

2. Психическое здоровье, основанное на состоянии общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения. Это состояние обуславливается потребностями как биологического, так и социального характера и возможностями их удовлетворения.

3. Нравственное здоровье – комплекс характеристик мотивационной основы жизнедеятельности человека, основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде. Этот компонент связан с общечеловеческими истинами добра, любви и красоты.

4. Профессиональное здоровье – это обобщённая характеристика здоровья индивида, рассматриваемая в конкретных условиях его профессиональной деятельности, а также социального благополучия.

5. Социальное здоровье. «Здоровое общество» - это то общество, где минимален уровень «социальных болезней».

По существу, здоровье представляет собой биосоциальный потенциал жизнедеятельности человека.

Согласно доктору психологических наук, профессору Виктору Алексеевичу Ананьеву, целесообразно выделять следующие разновидности потенциалов человека:

1. Потенциал разума человека (интеллектуальный аспект здоровья) – способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться.

2. Потенциал воли человека (личностный аспект здоровья) – способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их.

3. Потенциал чувств человека (эмоциональный аспект здоровья) – способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других.

4. Потенциал тела человека (физический аспект здоровья) – способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» собственную телесность как свойство своей личности.

5. Общественный потенциал человека (социальный аспект здоровья) – способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям.

6. Креативный потенциал человека (творческий аспект здоровья) – способность человека к созидающей активности.

7. Духовный потенциал человека (духовный аспект здоровья) – способность развивать духовную природу человека.

Здесь уместно указать, что каждый образованный человек должен, если не досконально знать, то хотя бы иметь представление о своем организме, об особенностях строения и функциях различных органов и систем, о своих индивидуально-психологических особенностях личности, о способах и методах коррекции своего состояния, своей физической и умственной работоспособности.

*Список литературы:*

1. Быховская И.М. «Номо somatikos»: аксиология человеческого тела. М.: Эдиториал УРСС, 2019. - 208 с.

2. Гундаров И.А. Закон духовной детерминации здоровья // Философия здоровья. М.: ИФ РАН. 2021. - С. 158-174.

**РГБОУ  
«КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

*Байкулова Салима,  
Салпагарова Айша  
Руководитель Капушева М.М.*

### **БЛИЗНЕЦЫ – ЧУДО ЖИЗНИ**

Во все времена рождение близнецов было необычным явлением, вызывавшим удивление и любопытство. У них часто общие друзья, интересы и увлечения. Нередко они выбирают для себя одинаковые или близкие профессии. Но так ли они похожи на самом деле, как кажется с первого взгляда?

**Цель:** изучение индивидуальных особенностей близнецов, а также признаков, по которым могут отличаться близнецы.

**Объект** исследования: близнецовые пары РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж».

**Предмет исследования:** личностные особенности близнецов.

**Гипотеза исследования:** близнецовые пары обучаются и воспитываются одинаково, порой одеваются одинаково, но это две разные личности.

**Теоретическая** значимость работы заключается в накоплении и систематизации материала по теме исследования.

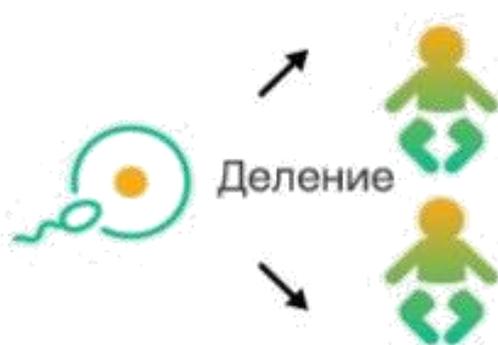
**Практическая значимость исследования:** результаты исследования могут быть использованы в работе.

**Методы исследования:**

- теоретические, общенаучные, статистические.

Во все времена рождение близнецов было необычайным явлением, вызывавшим удивление и любопытство. Сегодня в мире насчитывается от 70 до 80 миллионов пар близнецов. В последнее время наблюдается тенденция роста этой закономерности. В настоящее время каждый год на свет появляется около 1,6 млн таких детей. Это примерно каждый 42-й ребенок.

Выделяют два основных типа близнецов:



**Монозиготные:** развиваются из одной зиготы.



**Дизиготные:** развиваются из одновременно овулировавших и оплодотворенных разными сперматозоидами яйцеклеток.

**Дизиготные близнецы** имеют различные генотипы. Они имеют около **50 %** идентичных генов.

**Монозиготные идентичные близнецы** всегда одного пола и обладают большим портретным сходством. Около **25%** таких близнецов зеркальные.

Это выражается внешне или даже в расположении внутренних органов. С изобретением ЭКО увеличился процент рождения близнецов:

#### ***Несколько фактов о звездных близнецах!***

Самые знаменитые близнецы Советского Союза – это братья Владимир и Юрий Торсуевы, Сыроежкин и Электроник – «герои» худ/фильма **«Приключения Электроника»**. Близнецы пробовали себя в бизнесе – торговали продуктами, дело не пошло. Сейчас братья занимаются решением таможенных вопросов.

После выхода фильма «Няньки» в 1994 году сердца миллионов девушек по всему миру покорили красавчики Питер и Дэвид. Братья, исполнившие роли сильных, опасных и веселых гувернеров, быстро стали знаменитыми. 7 марта 2020 года Дэвид Пол скончался во сне. Ему было 62 года. Пол никаких комментариев на эту тему не даёт и с трудом переживает потерю брата.

Мария и Анастасия Толмачевы представлять Россию на конкурсе «Евровидение-2014», сейчас повзрослевших девушек мало кто знает в лицо.

Татьяна Арнтгольц старше сестры Ольги на 20 минут. Актрисы родились в Калининграде и уже много лет снимаются в российских кино и сериалах.

Одним из этапов исследования был сбор информации о близнецах, обучающихся в «Карачаево - Черкесском медицинском колледже». Проанализировав информацию, мы пришли к выводу, что частота встречаемости монозиготных близнецов меньше, чем дизиготных.

Было проведено анкетирование среди студентов нашего колледжа. Им была предложена небольшая анкета, которую они должны были заполнить. Было опрошено 100 человек.

**Положительно 85%**

**Нейтрально- 5%**

**Отрицательно-10%**

На вопрос, что близнецы бывают монозиготные и дизиготные студенты давали противоречивые ответы.

При рассмотрении личностных качеств близнецов на конкретном примере сестер Джамили и Камили пришли к выводу:

- одинаковых качеств оказалось - 4.
- различных - 3.

**Сиамские близнецы** — однайцевые **близнецы**, которые не полностью разделились в эмбриональном периоде развития и имеют общие части тела или внутренние органы.



сестрах-близнецах.

Особую группу среди однайцевых близнецов составляют «сиамские близнецы. Известный случай — родившиеся в 1811 г. в Таиланде сиамские близнецы — Чанг и Энг. Благодаря ним и появился термин “Сиамские близнецы”. Они прожили 63 года, были женаты на

Малышки появились на свет 7 марта 1990 года в штате Миннесота, врачи говорили, что они не смогут прожить и ночь. Однако девочкам удалось совершить невозможное. Встал вопрос об операции по разделению сямских близнецов, их мать отказалась от этой операции. Близняшки имеют общий кровоток и все органы, ниже талии. У них: два позвоночника, два сердца, два желудка и три почки. Но девочки разного роста. Это создает проблемы, когда нужно сохранить баланс при движении.



Девочки окончили школу, поступили в университет. Сейчас им уже 34 года. Девушки получили права. Они занимаются спортом: катаются на велосипеде, плавают, играют в волейбол и боулинг. А еще — обожают проводить вечера за игрой на пианино.



Еще три года назад одна из сестер по имени Эбби вышла замуж. Избранником девушки стал Джош Боулинг, который работает медбратом.

### ВЫВОДЫ

Близнецы – удивительные люди. Между ними всегда существует невидимая связь.

Однояйцовые близнецы имеют один пол, имеют одинаковый внешний вид, чего нельзя сказать о разнояйцовых близнецах.

Разнояйцовые близнецы похожи друг на друга не более, чем обычные братья или сестра.

Результаты данной исследовательской работы полностью подтвердили, гипотезу, что близнецы, имеющие одинаковый генотип и находящиеся в одной социальной среде, могут отличаться.

Проведённые исследования показали, что каждый из близнецов является индивидуальностью со своими особенностями характера. Хочется

отметить, что исследования близнецов очень актуальны, но связаны с большими организационными трудностями.

*Байрамукова Камила,  
Нахушева Элина,  
Руководитель преподаватель Карымова Е.М.*

### **ЧТО В ИМЕНИ ТЕБЕ МОЕМ...**

Роль личного имени в жизни человека очень велика. Что скрывается за именем в жизни? А в литературе? Является ли случайным выбор имени героя в литературном произведении? Задавая себе эти вопросы, мы и определили тему исследовательской работы «Что в имени тебе моем?».

Цель нашей работы: анализ женских образов произведений русской классической литературы с точки зрения антропониимики, значение имени Елизавета.

#### **Задачи работы:**

1. Изучить происхождение и значение имени Елизавета, установить связь между характером героя литературного произведения, судьбой и именем, данным ему писателем.

2. Проследить популярность имени Елизавета в РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж».

3. Показать распространенность имени Елизавета в русской литературе и его соответствие характерным качествам литературного героя.

**Объект исследования:** имя Елизавета.

**Предмет исследования:** распространенность имени Елизавета в русской литературе, его соответствие характерным качествам литературного героя, выбор имени и факторы, влияющие на этот выбор.

**Актуальность** темы обусловлена недостаточно глубокой степенью изученности на современном этапе частотности употребления имен, а также определяется возросшим интересом к выбору имени.

**Гипотеза:** имя является неотъемлемой частью истории, культуры и

естественной формой общения между людьми.

**Методы исследования:**

- поисковый;
- описательный;
- обобщения;
- аналитический.

Имя Елизавета имеет древнееврейское происхождение и означает «Бог мой – клятва», «почитающая Бога», «заклинающая Богом», на иврите это имя звучит как Элишева.

Имя Елизавета дважды встречается в Библии. Елизаветой звалась супруга Аарона, а также жена священника Захарии – святая праведная Елисавета, мать Иоанна Крестителя.

В России допетровской эпохи имя Елизавета популярностью не пользовалось. В употребление имя Елизавета ввел Петр I, назвав так свою дочь, будущую императрицу Елизавету Петровну.

Имя Елизавета широко распространено в мире и сейчас, и помимо европейских форм, у него есть и азиатские варианты – Элзира, это киргизское имя, которое появилось от имени Элизабет.

Елизавета – коммуникабельная личность, с людьми может свободно общаться, всегда находит общий язык в коллективе. Если коллектив – женский, то пытается стать лидером, преуспевает во всем, в этом ей помогает непоседливый характер.

До конца XVIII в. имя Лиза весьма редко встречалось на страницах русской литературы.

Проанализировав все литературные произведения, мы встретили Лизу на страницах таких произведений как: Лиза в повести Н.М. Карамзина «Бедная Лиза»; Елизавета Петровна в оде М. Ломоносова «Ода на день восшествия на Всероссийский престол»; Лиза Болконская в романе Л.Н. Толстого «Война и мир»; сестра старухи-процентщицы Елизавета в романе Ф.М. Достоевского «Преступление и наказание»; Лиза Муромская в повести А.С. Пушкина

«Барышня – крестьянка» и воспитанница графини Лиза в повести «Пиковая дама»; Лиза Калитина в романе И.С.Тургенева «Дворянское гнездо»; служанка Лиза в комедии А.С. Грибоедова «Горе от ума»; Елизавета Расторгуева в романе А.Н. Толстого «Хождение по мукам»; Лиза Бричкина в повести «А зори здесь тихие» Бориса Васильева...

#### **«Бедная Лиза» Н.М. Карамзин**

Бедная крестьянская девушка Лиза является главной героиней повести "Бедная Лиза" Н. М. Карамзина. Имя Лизы со времен «Бедной Лизы» стало знаком эпохи сентиментализма. Главные черты – умение любить искренне и сильно, несмотря на сословные препятствия, пылкость и горячность.

#### **Императрица Елизавета Петровна в оде М. Ломоносова «Ода на день восшествия на Всероссийский престол»**

Ломоносов восхваляет щедрость Елизаветы, она выступает залогом спокойствия и счастья:

Когда на трон она вступила,  
Как вышний подал ей венец,  
Тебя в Россию возвратила,  
Войне поставила конец.

Она продолжила возрождать русскую науку и превзошла Петра I.

#### **Княгиня Лиза в романе Л.Н.Толстого «Война и мир»**

Лиза Болконская — жена князя Андрея, пользовалась всеобщей любовью из-за своей оживленности и любезности, не мыслила своей жизни вне света. У Лизы Болконской лёгкий, живой характер. Она способна привлекать людей своей жизнерадостностью и обаянием.

#### **Служанка Лиза в комедии А.С. Грибоедова «Горе от ума»**

Лиза умная, хитрая, душевная, может поддержать беседу, выслушать и даже предложить дельный совет. Характер ее интересен, глубок и ярок. Дорожит своей репутацией честной девушки.

#### **Лиза Муромская в повести А.С. Пушкина «Барышня-крестьянка»**

Лиза росла озорной и авантюрной, ей семнадцать лет свойственна причудливость в поведении. Отец «не держал ее строго, баловал, потакал в шалостях, восхищался ее проказами и не наказывал».

Лиза была ветреной, но разумной. Свои авантюры она тщательно продумывала.

### **Лизавета в романе Ф.М.Достоевского «Преступление и наказание»**

Ф.М. Достоевский в романе «Преступление и наказание» показывает Лизавету, именно «почитающую Бога», смиренную, высокую, неуклюжую, робкую, тихую, кроткую, безответную, на все согласную, со смуглым и добрым лицом.

### **Лиза Бричкина в повести Б. Васильева "А зори здесь тихие..."**

Жизнь Лизы заключалась в постоянном решении бытовых проблем. Крепкая, энергичная, воспитанная в неустанном труде, не изнеженная хорошим обращением и комфортными условиями жизни, она не унывала и не пасовала перед сложностями.

Характерные черты Лизы Бричкиной, раскрывающие ее натуру: терпение и смирение в жизни, стеснительность и застенчивость.

### **Лиза в повести А.С.Пушкина «Пиковая дама»**

Лизавета – юная привлекательная с темными волосами и глазами, бедная, наивная, неопытная, слишком романтическая, проказница, выдумщица, но добрая, мечтательная девушка.

Часто ли сегодня можно повстречать представительниц женского пола по имени Елизавета? В результате анализа выяснилось, что имя Елизавета среди студентов медицинского колледжа встречается 7 раз. Изучая литературных Елизавет, мы решили сравнить студенток Елизавет с литературными, выяснить имеют ли они общие качества, черты характера.

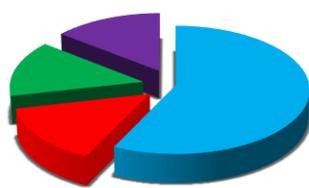
Для литературных Елизавет характерны следующие качества: искренность, непосредственность, умение любить пылко, горячо и жертвовать собой (Карамзин "Бедная Лиза"); скромность, благонравная воспитанность

(А.С. Пушкин "Пиковая дама"); проказница, выдумщица ("Барышня-крестьянка"); весёлая, озорная, остроумная (А.С. Грибоедов "Горе от ума").

Провели опрос-анкетирование для Елизавет и выявили характерные качества:

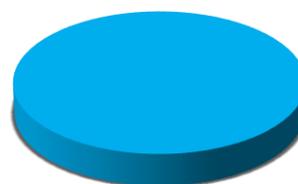
- Доброта, хорошее чувство юмора;
- Честность, прямолинейность;
- Вспыльчивость, импульсивность;
- Активность, сочувствие;
- Внимательность, чуткость, ранимость.

**Кто вас так назвал?**



■ Родители - 57,1%  
 ■ Родственники - 14,3%  
 ■ Бабушка - 14,3%  
 ■ Дедушка - 14,3%

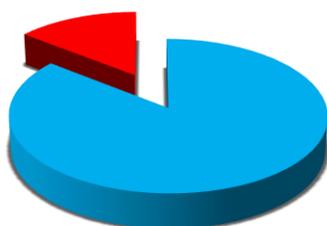
**Знаете-ли Вы ,что означает Ваше имя?**



■ Да - 100%

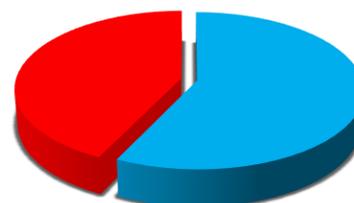
**Каких знаменитостей по**

**Вы хотели бы изменить свое имя?**



■ Нет - 85,7%    ■ Да - 14,3%

**Знаете ли Вы, кто покровитель имени Елизавета?**



■ Да - 57,1%    ■ Нет - 42,9%

**имени Лиза Вы знаете?**

- Елизавета Петровна, императрица
- Елизавета Воронова, певица
- королева Елизавета II
- Елизавета Боярская, актриса.

### **Вывод**

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

- Литературные персонажи имеют общие черты характера.
- Установили связи между характером героя литературного произведения, судьбой и именем, данным ему писателем.
- Показали распространенность имени Елизавета в русской литературе и его соответствие характерным качествам.
- Выяснили: имя накладывает некоторый отпечаток на характер человека, но не может особенно определять и влиять на его судьбу. Наши черты характера не во всех случаях совпадают со значением наших имён.

### **Заключение**

Мы проанализировали женские образы произведений русской классической литературы с точки зрения антропоники.

Показали распространенность имени Елизавета в русской литературе.

Установили связи между характером героя литературного произведения, судьбой и именем, данным ему писателем, доказали взаимосвязь имени и характера. Черты характера, свойственные имени Елизавета, в полном объеме проявляются в характерах и поведении литературных персонажей с именем Лиза.

Изучили происхождение и значение имени Елизавета и других имен; проследили популярность имени Елизавета.

*Боташева Светлана,  
Гогуев Пилял,  
Гукемухова Жанна  
Руководитель преподаватель Цакоева А.С.*

### **ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ЗА БУКВОЙ Е**

Выбирая продукты, часто не задумываемся о составе, который производители прячут на упаковке. Мы уже привыкли, что загадочная буква «Е» может быть не только во взрослых продуктах или полуфабрикатах, но и встречаться даже в баночках с детским питанием или пакетиках с печеньем. Продукты становятся все более вкусными и яркими, а срок их хранения - «долгоиграющим».

Цель: проанализировать добавки, используемые в газированных напитках, чипсах, сухариках, колбасных изделиях, лапше быстрого приготовления, соусах, кетчупах и влиянии добавок на организм.

Актуальность: проблема правильного питания наиболее актуальна. Молодое поколение предпочитает гамбургеры, газированные напитки, чипсы, сухарики, супы быстрого приготовления и т.д. Что представляют собой эти продукты? Как они влияют на организм человека?

Задачи:

1. Изучить теоретический материал о классификации и характеристиках пищевых добавок и влияние на организм.

2. Проанализировать химический состав продуктов, которыми увлекается молодежь.

3. Провести социологический опрос, выявить мнение студентов о пищевых добавках и рассмотреть меры профилактики.

Объект, предмет работы: формы побочного действия добавок гр. Е.

Методы сбора и обработки информации: изучение научно – теоретического материала.

Пищевые добавки - разрешенные Минздравом РФ химические вещества и природные соединения, которые вносят в пищевые продукты для выполнения определенных функций.

**Буква Е ("Е" означает "Европа")** — это коды веществ, используемых в качестве пищевых добавок. Присвоение конкретному веществу статуса пищевой. После некоторых Е-номеров (буква Е в сочетании с трехзначным номером) стоят строчные буквы, например: Е160а - каротины; Е472а - эфиры моно- и диглицеридов, уксусной и жирных кислот и т. д. В этих случаях речь идет о классификационном подразделении пищевой добавки.

Наличие пищевых добавок в продуктах должно фиксироваться на этикетке.

**Код, начинающийся на 1, означает красители Е100 - Е182;**

**на 2 - консерванты, Е200 - Е280**

на **3** - антиокислители (они предотвращают порчу продукта), **E300 - E391**

на **4** - стабилизаторы (сохраняют его консистенцию), **E400 - E481**

на **5** - эмульгаторы (поддерживают структуру), **E500 - E585**

на **6** - усилители вкуса и аромата, **E600 - E637**

на **9** - антифламинговые, то есть противовоспалительные вещества.

#### ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

**Диоксид серы, E220.** Опасен, разрешен, токсичен; способен вызывать различные аллергические реакции

**Сульфит натрия, E221.** Небезопасен, разрешен, не рекомендуется для употребления детьми.

**Муравьиная кислота, E236.** Влияние нейтральное, разрешен, способен вызывать рефлекторные реакции, раздражающие чувствительные нервные окончания кожи, мышц.

**Формальдегид, E240.** Влияние на организм: **ракообразующая добавка**, способна привести к возникновению лейкоза, вызывает онкологию.

**Нитрат калия, E252.** Канцероген, вызывает рак. Разрешен в странах: ЕС

**Нитрат натрия, E251.** Добавка влияет на артериальное давление. Разрешена, **провоцирует появление злокачественных новообразований.**

**Карбонат калия, E501.** Опасен, разрешен в странах: Россия, страны ЕС. При попадании в чистом виде на кожные покровы может привести к локальному раздражению и экземе.

**Серная кислота, E513.** Очень опасна, разрешена. При попадании паров в дыхательные пути наблюдается кашель, затруднение дыхания, часто развивается бронхит, трахеит, ларингит.

Мы живем не для того, чтобы есть, а едим для того, чтобы жить.

Рынок продуктов питания, индустрия питания делает все возможное для улучшения вкуса продуктов и сроков их хранения. Согласно статистическим данным значительно увеличилось количество онкобольных,

людей с аллергическими реакциями, проблемами желудочно-кишечного тракта, почек, печени, артериального давления и нарушения обмена веществ. Можем предположить, что немалую роль в этом могут сыграть пищевые добавки.

Внимательно читайте надписи на этикетках! Не покупайте продукты с большим сроком хранения! Добавки вредны организму человека!

#### Приложение 1. Результаты социологического опроса

1. На что люди обращают внимание при покупке продуктов питания

Наличие добавок (Е), состав; Внешний вид;

Цена; Срок годности.

Производитель;

2. Обращают ли покупатели на наличие добавок, обозначенных Е?

3. Знают ли покупатели, что обозначает буква Е в составе продуктов питания?

Консерванты - 20%, добавки -20%, красители - 12,5%, химические вещества-20%, усилители вкуса- 12,5%, многие не знают- 15%

4. Знают ли покупатели влияние добавок на организм?

Аллергия - 25%, отравление - 25%, сыпь -9%, психическое расстройство-5%, плохое/отрицательное-17%, ожирение- 9%, некоторые покупатели/потребители не знают влияние добавок на организм-10%

5. Хотели бы покупатели/потребители знать об этом больше?

-нет 33%

-да 67%

#### Приложение 2. Таблица вредных пищевых добавок

Очень опасные	Е 123, Е510, Е 513, Е 527
Опасные	Е 102, Е 110, Е 124, Е 127, Е 129, Е 155, Е 180, Е 201, Е 220, Е 222, Е 223, Е 224, Е 228, Е 242, Е 400, Е 401, Е 402, Е 403, Е 404, Е 405, Е 502, Е 503, Е 620, Е 636, Е 637
Канцерогены	Е 131, Е 142, Е 153, Е 210, Е 212, Е 214, Е 215, Е 216, Е 219, Е 230, Е 240, Е 249, Е 280, Е 281, Е 282, Е 310, Е 354

Расстройство желудка	Е 338, Е 339, Е 340, Е 341, Е 343, Е 459, Е 461, Е 462, Е 465, Е 466
Кожные заболевания	Е 151, Е 150, Е 231, Е 232, Е 239, Е 311, Е 312, Е 320, Е 907, Е 951, Е 1105
Расстройство кишечника	Е 154, Е 626, Е 627, Е 628, Е 629, Е 630, Е 631, Е 632, Е 633, Е 634, Е 635
Давление	Е 154, Е 250, Е 252
Опасные для детей	Е - 270
Запрещенные	Е 103, Е 105, Е 111, Е 121, Е 123, Е 125, Е 126, Е 130, Е 152, Е 211, Е 952
Подозрительные	Е 104, Е 122, Е 111, Е 171, Е 173, Е 241, Е 477

*Ламкова Амина*

*Руководитель преподаватель Хатуева Ф.Р.*

## ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ АПТЕЧНЫХ СОРБЕНТОВ

В современном мире организм подвергается воздействию вредных веществ, которые могут вызывать отравление, возникновение аллергических реакций, нарушают работу внутренних органов. Помочь снизить негативное влияние могут *сорбенты (энтеросорбенты)*.

История применения энтеросорбентов началась в глубокой древности... К 70—80-м годам XX в. в качестве официального энтеросорбента был зарегистрирован - активированный уголь.

К концу 80-х — середине 90-х годов получили разрешение и были введены в медицинскую практику энтеросорбенты: Полисорб, Белый Уголь, Фильтрум, Энтеросгель и др.

Энтеросорбенты различаются по своей химической структуре.

В клинической практике чаще всего применяются следующие энтеросорбенты:

1. Кремнийсодержащие энтеросорбенты (Энтеросгель, Полисорб МП, Смекта, Неосмектин, Белый уголь).
2. Углеродные сорбенты (Активированный уголь, Ультра-адсорб, Экстрасорб, Карбопект и другие).
3. Энтеросорбенты на основе лигнина (Полифепан, Фильтрум, Лактофильтрум).

#### 4. Низкомолекулярные поливинилпирролидоны (Энтеродез).

Основная характеристика энтеросорбентов - сорбционная ёмкость и селективность.

Основной путь введения энтеросорбентов — пероральный, через зонд, с помощью клизм в толстую кишку.

Лекарства выпускаются в разных формах. Какая же форма действеннее и лучше? Все зависит от того, где находится токсин и как быстро нужно получить результат.

Таблетки действуют медленнее. Если вредное вещество находится еще в желудке, то лучше выпить лекарство в форме порошка. Если токсины уже в кишечнике, то здесь уже не обойтись без сорбентов в капсулах.

Необходимо учитывать, что воздействие агрессивного сорбента на воспаленный кишечник, сравнимо с наждачной бумагой, поэтому при подборе лекарства стоит отдавать предпочтение более мягким, щадящим вариантам.

Принимать энтеросорбенты вместе с другими лекарствами или пищей не рекомендуется, необходимо соблюдать интервал в 1,5-2 часа между приемом энтеросорбентов, других препаратов и пищи.

Показаниями для приема энтеросорбентов являются:

- интоксикация и отравления;
- острые кишечные инфекции и аллергические реакции;
- гнойно- септические заболевания,
- синдром раздраженного кишечника.

Необходимо знать и противопоказания при приеме энтеросорбентов. Важно помнить: все энтеросорбенты необходимо запивать большим количеством жидкости. Соблюдать интервал времени! Обязательно следует обратиться к врачу!

В рамках данной исследовательской работы был проведен опыт для сравнения действий двух распространённых препаратов.

**Оснащение:** два стакана с водой, раствор бриллиантового зелёного, Активированный уголь и Смекта.

**Ход работы:** в стаканы с водой добавили по капле бриллиантового зеленого, затем в один (1) - Активированный уголь, в другой (2) – Смекту. В 1 стакане эффект проявился через 6-7 часов, раствор обесцветился намного



сильнее. Во 2 стакане произошло обесцвечивание через несколько секунд после добавления порошка, но не полностью даже через сутки.

**Вывод:** Активированный уголь обладает лучшей адсорбционной способностью, но действие наступает медленнее, чем у Смекты, но у неё эффект слабее.

Статистика самых продаваемых энтеросорбентов (по результатам опроса сотрудников аптечных организаций) показывает: самые продаваемые энтеросорбенты: Энтеросгель, Смекта, Активированный уголь, Полисорб-МП, Лактофильтрум.



### Заключение

Энтеросорбенты являются одной из самых перспективных групп препаратов, их применение снижает метаболическую нагрузку на органы выделения и детоксикации, способствует нормализации моторной, экскреторной и пищеварительной функции ЖКТ. Таким образом, препараты

данной группы имеют большой интерес у врачей и ученых всего мира. Будьте здоровы!

*Мхице Дамир*  
*Руководитель преподаватель Кошелева Е.Н.*

## АЛГОРИТМЫ В МЕДИЦИНЕ

Мы живем в мире алгоритмов, они составляют часть нашей человеческой культуры. Осознаем мы или нет, но думаем алгоритмически, начиная с ученика, выполняющего домашнее задание, вплоть до выполнения любого повседневного дела любым из нас. Современная цивилизация – это цивилизация алгоритмов. Они окружают нас повсюду.

**Актуальность:** внедрение математических методов в медицину привело к широкому использованию понятия алгоритма при описании процессов диагностики и лечения. В этой связи интересным представляется вопрос соответствия медицинских алгоритмов определениям алгоритма, принятым в математических науках и информатике, а также вопрос способа записи алгоритмов и их восприятия.

**Цель нашей научно-исследовательской работы:** обосновать важность алгоритмов в медицине и установить способ наиболее качественного восприятия алгоритмов студентами.

Для достижения цели нашего проекта были поставлены следующие **задачи:**

- 1) Описать понятия медицинский алгоритм и алгоритм в информатике.
- 2) Рассмотреть способы записи алгоритмов
- 3) Ознакомиться с медицинскими алгоритмами выполнения манипуляций по профессиональным модулям специальности Сестринское дело.
- 4) Составить и провести опрос среди студентов 2-3 курсов Медицинского колледжа на тему “Важность алгоритмов в медицине”.

**Объект исследования:** алгоритмы в медицине.

**Предмет исследования:** какой способ записи алгоритмов выполнения манипуляций в медицине наиболее легко усваивается студентами

**Гипотеза:** графически изложенная последовательность действий в медицинских алгоритмах более качественно усваивается студентами.

Слово «алгоритм» происходит от имени великого узбекского учёного Мухаммед Аль-Хорезми, жившего в первой половине IX века. Аль-Хорезми сформулировал правила вычислений в десятичной системе счисления, а его имя, вынесенное неизвестным переводчиком в название книги «*Algoritmi denum eorum Indorum*» («Индийское искусство счёта, сочинение Аль-Хорезми») проникло в европейские языки и стало обозначать искусство счета с помощью цифр.

Широкое распространение термин «алгоритм» приобрел во второй половине XX века, что связано в начале – с появлением ЭВМ, а позже – с массовым распространением компьютеров. Проникновение компьютерной лексики в повседневную жизнь привело к широкому использованию термина «алгоритм».

Перейдем к медицинским алгоритмам. Что такое алгоритм в медицине? Это пошаговое описание действий медработников при решении лечебно-диагностических задач и вопросов медицинской практики. Ведущую роль в клинических алгоритмах безусловно играет медицинский работник, а не автоматические устройства (хотя роль последних медленно, но неуклонно возрастает).

Деятельность современной медицинской сестры предполагает ежедневное использование различных стандартов (норм) правильного, четкого и последовательного выполнения основных сестринских манипуляций, которые в свою очередь включают в себя такое понятие, как эргономика медицинских работников. Однозначного общепринятого определения алгоритма не существует. В нашей работе мы будем придерживаться следующего определения алгоритма: *Алгоритм – точное предписание, которое определяет последовательность действий, ведущую*

*от исходных данных к требуемому конечному результату.*

Непременным условием разработки медицинских алгоритмов является их ориентация на исполнителя – **медицинского работника**.

Большинство медицинских алгоритмов представлено в медицинской литературе в виде текста. Длинное текстовое описание следующих друг за другом этапов тяжело запоминается, для его усвоения требуется заучивание. Но выполнение алгоритма обязательно, причем в строго закреплённой последовательности, нарушение этапов проведения процедуры может сказаться на здоровье и жизни пациента.

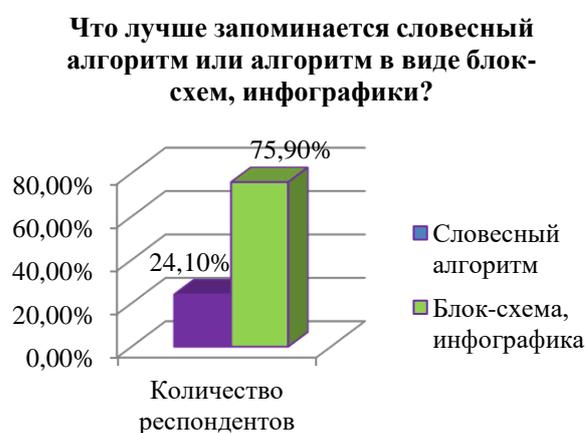
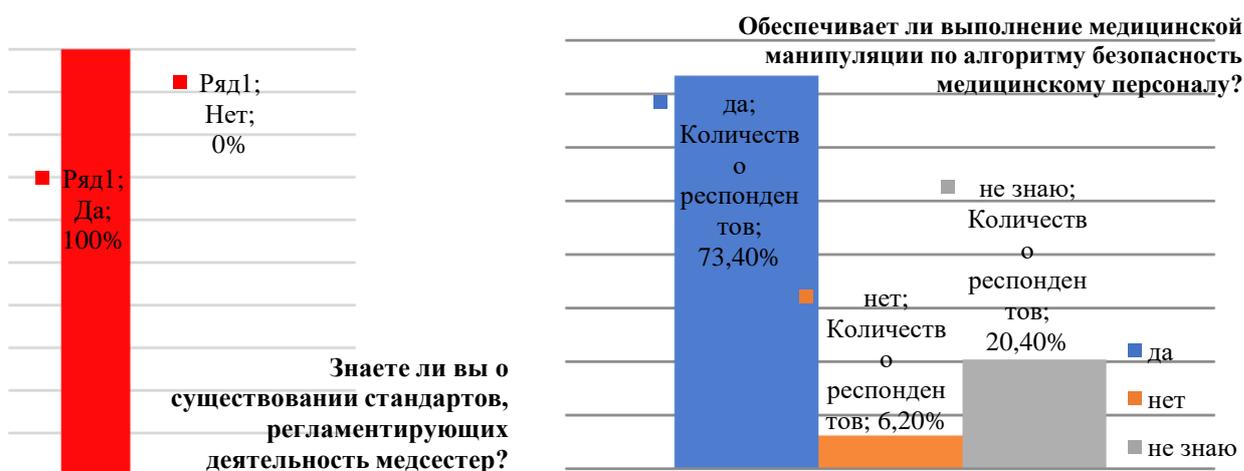
Ответом на лавинообразный рост информации вообще и медицинской информации в частности стало клиповое мышление – стремление человека воспринимать информацию через короткие и яркие образы и послания. Это объясняется тем, что «человеческий мозг в основном ориентирован на визуальное восприятие и люди получают информацию при рассмотрении графических образов быстрее, чем при чтении текста». Обладателю клипового мышления тяжело анализировать ситуацию, поскольку любая информация не задерживается в его сознании и быстро сменяется новой. Соответственно и подача информации, знаний, должна соответствовать этому объективно наблюдаемому явлению. Особенно – студентам и молодым специалистам.

Представление медицинского алгоритма в виде наглядного изображения (схемы, картинки, инфографики) позволяет получить простую и удобную инструкцию, пригодную для широкого применения и легкого запоминания. Практическую реализацию указанного принципа обеспечивает визуальный медицинский алгоритмический язык высокой точности ДРАКОН.

В ходе нашей работы среди 2 и 3 курсов был проведен он-лайн опрос, в котором приняли участие 68 студентов.

Студентам, участвующим в опросе, было предложено рассмотреть алгоритмы: мытье рук, сбор информации о пациенте и манипуляции - выполнение подкожной инъекции в виде блок-схемы, инфографики и словесного описания.

По результатам опроса студентов, по поводу восприятия алгоритмов были построены следующие диаграммы.



## ВЫВОДЫ

Мы рассмотрели несколько видов медицинских алгоритмов, провели опрос и пришли к выводу, что соблюдение алгоритма важно как для сохранения жизни и здоровья пациента, так и самого медицинского работника.

Умение работать по алгоритму позволяет улучшить работу медицинского персонала, и, что очень важно, избежать многих серьезных ошибок.

Трудность в том, что алгоритмы диагностики и лечения, как правило, очень сложны. Понять их непросто. Нужно изрядно попотеть, затратить много труда и времени.

Секрет в том, что алгоритмы надо сделать дружелюбными, это позволит превратить головоломки в наглядные алгоритмы-картинки,

обеспечивающие быстрое и глубокое понимание.

На основании опроса, мы подтвердили предположение, что студентам проще усвоить медицинскую информацию, если представить ее в виде графических образов. Одним из вариантов такого представления являются алгоритмы в виде блок-схем и инфографики.

*Юрьева Виктория  
Руководитель преподаватель Шахмирзова Ф.Т*

## **ВРЕД ВЫСОКИХ КАБЛУКОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ АНАТОМИИ**

**Объект исследования:** здоровье женщины.

**Предмет исследования:** высокие каблуки.

**Цель исследования:** выявление факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье дам вследствие длительного ношения обуви на каблуке с точки зрения анатомии.

**Задачи работы:**

1. Прочитать научную литературу по данному вопросу.
2. Выяснить влияние каблуков на организм женщины.
3. Выявить экспериментально зависимость между высотой каблука и антропометрическими данными женщины.

Актуальность исследования: поддержания здоровья у лиц женского пола.

### **Немного из истории...**

Упоминание о каблуках появилось в начале 1500-х годов. Само слово происходит от «kabluk» (в переводе с тюркского «пятка»). Считается, что каблуки придумали мужчины. Женщины приобщились к моде лишь в 17 веке. Считается, что первая женщина, которая встала на каблуки, была Екатерина Медичи.

### **Виды каблуков**

На сегодняшний день принято выделять 9 видов каблуков.

1. Венский каблук – это самый маленький из всех каблуков. Его высота может быть 0,5-2 см.

2. Каблук-кирпичик - квадратной формы, устойчивый.

3. Клиновидный каблук - напоминает перевернутую призму.

4. Ковбойский каблук - задняя часть имеет небольшой скос.

5. Конусовидный каблук - напоминают фигуру конус, которую перевернули.

6. Каблук-шпилька - тонкий и высокий, более 8 см и т.д.



### **Влияние высоких каблуков на женский организм**

#### ***Влияние на ступни***

Поднимаясь на каблуки, происходит смещение центра тяжести и перераспределения веса тела. Из-за этого и возникают натоптыши. Также возрастает риск развития плоскостопия.

#### ***Влияние на колени и икры***

Изменение положения тела при ходьбе на высоком каблуке вызывает повышенную нагрузку на внутреннюю поверхность коленного сустава, появляются боли в ногах, отеки, поэтому возрастает риск возникновения варикоза.

## Обувь детей и подростков

Стопа в детском и подростковом возрасте отличается от стопы взрослого по анатомо-физиологическому строению. Поэтому она должна обязательно соответствовать определенным критериям:

- 1) Быть прежде всего легкой и удобной.
- 2) Не стеснять движений при ходьбе.
- 3) Соответствовать форме и размеру стопы.

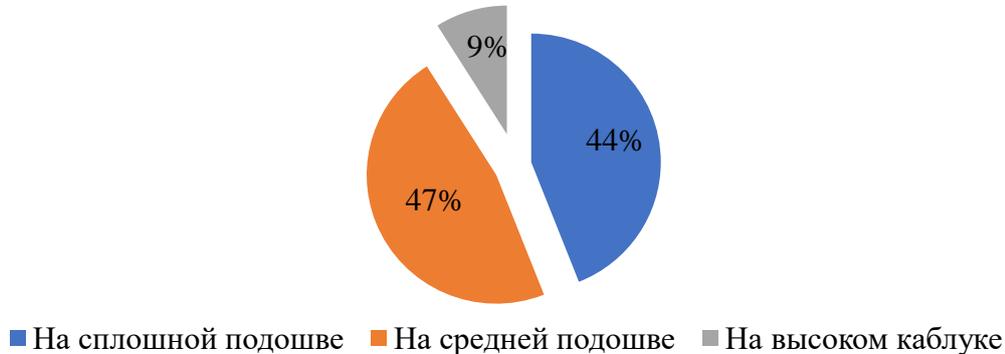
Ношение обуви на высоком каблуке детям противопоказано. В этом возрасте происходит формирование опорно-двигательного аппарата, подобная обувь может способствовать неправильному формированию позвоночника и ног.

## СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС

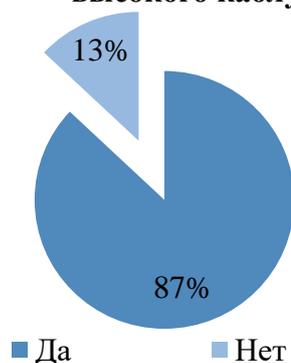
В опросе приняло участие 87 студенток РГБОУ «Карачаево-Черкесского медицинского колледжа».

Результаты опроса представлены в виде диаграмм.

Какую обувь Вы предпочитаете носить?



Хотели бы Вы больше узнать о последствиях ношения высокого каблука?



## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ВЫСОТЫ КАБЛУКА

В данном исследовании я пригласила поучаствовать свою маму, тётю и сестру. Вопрос для эксперимента был таков: «Через какое время появляются усталость и первые боли в ногах при ношении обуви на каблуке разной высоты?» Время, через которое наступала усталость, мы фиксировали. Результаты представлены в таблице.

**Вывод:** длительность ношения обуви на каблуке до появления болей зависит от антропометрических данных, возраста женщины и её физического состояния на данный момент

Высота каблука \ Данные	Мама (Марина) 46 лет; m=72 кг; рост=165 см	Тётя (Олеся) 42 года; m=70 кг; рост=166 см	Сестра (Ангелина) 15 лет; m=55 кг; рост=168 см
7см	4 часа	5 часов	10 часов
4см	8 часов	10 часов	16 часов
2см	-	-	-

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенной исследовательской работы были сделаны следующие выводы:

- 1) история возникновения каблуков очень познавательна и интересна;
- 2) виды каблуков разнообразны и сложны;
- 3) влияние высоких каблуков оказывает негативное воздействие как на женский, так и на детский организм;

Поставленные цели и задачи достигнуты. Полученные знания обязательно пригодятся в будущем.

### Рекомендации для сохранения здоровья при ношении обуви на высоком каблуке:

- 1) Высокий каблук не рекомендуется носить более 2-3 часов в день и не более 2-3 раз в неделю.
- 2) Обязательно следует давать ногам отдых, больше ходить босиком, делать массаж, пользоваться специальными кремами для усталых ног.

*А.К. Фадеева*

*Руководитель преподаватель Е.В. Бирюкова*

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПЛУАТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**Актуальность.** Перевязочные средства - один из наиболее древних видов парафармацевтической продукции. В настоящее время в производстве перевязочных материалов широко используются новые технологии и современные материалы – эластичные, перфорированные, нетканые полотна на полимерных основах и металлизированных покрытиях. Применение современных перевязочных материалов является приоритетным направлением медицины.

Перевязочные средства являются важной составляющей лечебного процесса. Они служат для осушения раневых поверхностей и защиты их от вторичной инфекции.

**Целью нашей работы является** - сравнение эксплуатационных свойств перевязочных средств для изучения характера физических и химических свойств, имеющих на российском рынке и отобранных произвольно.

**Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:**

- Определить понятие и основные требования, предъявляемые к перевязочным материалам.
- Изучить физические (капиллярность и смачиваемость) и химические (реакция водной вытяжки) свойства перевязочных средств.
- Провести социологический опрос, чтобы узнать какие перевязочные средства пользуются популярностью среди обучающихся медицинского колледжа.

**Объект исследования:** перевязочные средства.

**Предмет исследования:** эксплуатационные (явления смачиваемости и капиллярности) свойства перевязочных средств.

Перевязочное средство – это медицинское изделие, изготовленное из одного или нескольких перевязочных материалов, предназначенное для профилактики инфицирования и для лечения ран.

Бинты — это род повязок, изготавливаемых из хлопчато-вискозной марли в виде рулонов определенных размеров; относятся к традиционным, широко применяемым готовым перевязочным средствам.

В группе салфеток различают собственно салфетки перевязочные (например, салфетки марлевые) и салфетки лечебные (например, салфетки «Колетекс»). Салфетки лечебные — это композиционная лекарственная форма, представляющая собой либо лечебный биополимер на подложке (чаще всего тканевой), в котором иммобилизовано лекарственное вещество, либо тканевую основу, пропитанную лекарственным веществом.

#### **Основные показатели качества перевязочных материалов:**

1) Влажность - потеря в массе за счет гигроскопической влаги, которую определяют при высушивании до постоянной массы.

2) Поглощительная способность - способность впитывать жидкость (воду, кровь, водные растворы, тканевые жидкости). Оценивается количеством воды в граммах, поглощенной 1 г относительно сухой ваты.

3) Капиллярность - способность материала поднимать жидкость из нижних слоев материала в его верхние слои. Оценивается высотой поднятия жидкости по материалу в мм за определенный промежуток времени.

4) Химическая нейтральность - нейтральная реакция водной вытяжки.

В ходе нашей работы был проведен анализ эксплуатационных свойств перевязочных средств. Для анализа выбрали следующие перевязочные средства:

Образец №1 - Бинт марлевый стерильный размером 5x10 см в индивидуальной упаковке

Образец №2 - Салфетки марлевые размером 16x14 см.

Образец №3 - стерильная специализированная повязка Matorat Fixopore S с центрально размещенной впитывающей прокладкой; размер 10x30 см.

Нами были определены следующие характеристики перевязочных средств (ПС): смачиваемость, капиллярность и нейтральность.

Результаты исследования приведены в таблице.

Таблица - Результаты исследования физико-химических свойств ПС

№	Название	Смачиваемость, с	Капиллярность, высота подъема, см		Нейтральность	Наличие крахмала
			30 минут	60 минут		
1	Образец 1 бинт стерильный	2	6	11	нейтрально	-
2	Образец 2 салфетки марлевые	3	5	9	нейтрально	–
3	Образец 3 повязка Matorat Fixopore S	24	10	15	нейтрально	–

На втором этапе исследования было проведено анкетирование среди обучающихся 1 курса ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж» по специальности 34.02.01 Сестринское дело и 31.02.01 Лечебное дело, направленное на проверку их осведомленности о перевязочных материалах.

В результате анкетирования выяснили, что 68% респондентов могут сами накладывать повязку на рану.

На вопрос «Знаете ли вы что-нибудь о современных перевязочных материалах?», 80% затруднились с ответом, 20% респондентов ответили «Нет».

Выводы:

1. Для защиты ран от инфекции, остановки кровотечения при оказании первой медицинской помощи используют разнообразные перевязочные средства: марлю, бинты, готовые перевязочные пакеты, лейкопластыри, ватно-марлевые подушечки, вату.

2. Изучены эксплуатационные свойства перевязочных средств из индивидуальных и многослойных материалов, выпущенные разными производителями и предназначенные для ран с различной степенью экссудации.

3. Все исследованные перевязочные средства обладают хорошей капиллярностью и смачиваемостью, имеют нейтральную реакцию. Повязка Matorat Fixopore S лучше впитывает и удерживает выделения, благодаря центрально размещенному впитывающему слою.

4. По результатам анкетирования можно сделать вывод, что многие респонденты предпочитают использовать хорошо знакомые им перевязочные средства.

#### **Список использованных источников и литературы**

1. ГОСТ 31214-2003 Изделия медицинские. Требования к образцам и документации, представляемым на токсикологические, санитарно-химические испытания, испытания на стерильность и пирогенность

2. Декларация о соответствии РОСС РL.AЯ 46. Д71897. Повязки стерильные «matorat»: Fixopore S из нетканого материала с впитывающей прокладкой

3. Майорова А.В. Современный ассортимент, свойства и перспективы совершенствования перевязочных средств для лечения ран / под ред. А.В. Майоровой, Б.Б. Сысуева, И.А. Ханалиевой, И.В. Вихровой // Пятигорский медико-фармацевтический институт, Пятигорск, 2020. – 29 с

*М.А. Захарян  
Руководитель преподаватель И.М. Пыжьянова*

### **ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**Актуальность темы исследовательской работы** – последние годы потребление энергетических напитков растет по всей стране. Причем самая активная категория потребителей энергетиков - молодые люди и подростки, которые даже не задумываются об их воздействии на организм. Содержащиеся

в энергетических напитках вещества наносят вред здоровью человека. По мнению ученых, эти вещества вызывают привыкание организма к повышенной дозе стимуляторов, злоупотребление ведет к серьёзным последствиям, которые в будущем могут отразиться на здоровье [2].

**Объект исследования:** обучающиеся пятигорского медицинского колледжа.

**Предмет исследования:** влияние энергетических напитков на организм обучающихся.

**Цель исследовательской работы:** выяснить влияние энергетических напитков на организм человека.

**Задачи:**

- рассмотреть информацию о действии веществ, входящих в состав энергетических напитков на организм человека;
- провести анкетирование;
- конкретизировать знания о вреде использования энергетических напитков.

**Методы исследования:**

- сравнение;
- обобщение;
- анализ продуктов деятельности.
- синтез;
- анкетирование;

Энергетический напиток (энергетик) - продукт, стимулирующий центральную нервную систему человека, вызывая «искусственную бодрость». Был создан человечеством относительно недавно, хотя те ингредиенты, что входят в его состав, давно используются для стимуляции нервной системы [2].

По эффективности действия одна баночка напитка сравнима с двумя десятками чашек кофе. Особенность энергетических напитков в том, что они не дают организму никакой энергии, а стимулируют использование накопленных запасов. Но доказано, что энергетические напитки могут оказывать отрицательное влияние на организм человека, а особенно – при их чрезмерном употреблении. Чрезмерное употребление данных напитков может

пагубно отразиться на здоровье человека, вызвав проблемы с сердечно-сосудистой системой, нервной системой, поджелудочной железой, печенью, желудочно-кишечным трактом [1].

Нами было проведено успешное исследование, в которое входило свободное анкетирование обучающихся колледжа по вопросам об употреблении энергетических напитков, их негативному влиянию на здоровье обучающихся. По результатам исследования были выявлены слабые стороны в осведомленности студентами о составе энергетических напитков, их пользе и вреде, а также их негативному влиянию на различные системы организма. Нами были проведены беседы со студентами о нежелательном употреблении энергетических напитков, особенно в больших количествах, а также предоставлены рекомендации по отказу от употребления энергетических напитков с помощью различных методов, гораздо более полезных для здоровья.

#### **Список использованных источников литературы**

1. Воронов А., Мустафина Н. Рынок энергетических напитков в России – Электронный ресурс: <http://www.foodsmarket.info>
2. Вред энергетических напитков [Электронный ресурс]/сайт - <http://webdiana.ru/jenskoe-zdorovye/budem-zdorovi/4471-vredenergeticheskikh-napitkov.html>
3. Зелепухина Л.П. Влияние энергетических напитков на организм человека // Современные научные исследования и инновации. 2012. № 2 [Электронный ресурс] / сайт – <http://web.snauka.ru/issues/2012/02/7064>

*Д.С. Петрова*  
*Руководитель преподаватель Шушпанов А.А.*

#### **ВЛИЯНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**Актуальность темы исследовательской работы:** Повышенное содержание углекислого газа (CO<sub>2</sub>) в воздушной среде оказывает негативное

воздействие на самочувствие и работоспособность: появляется утомляемость, уменьшается работоспособность, появляется сонливость, головная боль, что может сильно влиять на учебный процесс. В связи с этим исследование концентрации CO<sub>2</sub> в условиях учебного процесса – наша задача [1].

**Объект исследования:** углекислый газ в составе воздуха, работоспособность и самочувствие учащихся.

**Предмет исследования:** влияние концентрации углекислого газа в помещении на работоспособность и самочувствие учащихся.

**Цель исследовательской работы:** выявить зависимость самочувствия и работоспособности учащихся от концентрации углекислого газа в помещениях.

**Задачи исследовательской работы:**

1. Выяснить роль углекислого газа, как составную часть атмосферного воздуха;
2. Измерить содержание углекислого газа в различных помещениях колледжа;
3. Проанализировать количественные показатели содержания углекислого газа, провести опрос обучающихся и проанализировать его, выработать рекомендации по снижению CO<sub>2</sub> в учебных помещениях.

**Методы исследования:**

1. Сделали подбор материала, работали с медицинской литературой и информацией в сети Интернет;
2. Измерили содержание углекислого газа в атмосферном воздухе и в учебных помещениях колледжа.
3. Провели социологический опрос.
4. Изучили данные и подвели итоги.

**Ход исследования:**

Перед началом исследовательской работы мы сделали подбор материала, изучили норму содержания углекислого газа в атмосфере и в учебных помещениях, его влияние на самочувствие и работоспособность обучающихся, а так же ознакомились с лабораторными методами для

определения концентрации CO<sub>2</sub> в воздухе и выбрали более подходящий для нас, а именно аммиачный метод определения углекислого газа в воздухе, в результате концентрация CO<sub>2</sub> перед началом занятия, после проветривания = 0,08%, а в конце, без проветривания = 0,12 % [2]. В день выполнения исследовательского опыта был проведен опрос среди обучающихся перед началом и в конце опыта. Опрос включал в себя следующие вопросы:

1. Чувствуете ли Вы снижение концентрации внимания?
- 2.Беспокоят ли Вас головные боли в данный момент?
- 3.Ощущаете ли Вы сонливость?

Мы изучили данные и подвели итоги:

*Результаты первого опроса:*

- 1.Чувствуете ли Вы снижение концентрации внимания? Да - 0; Нет - 25
- 2.Беспокоят ли Вас головные боли в данный момент? Да - 0; Нет - 25
- 3.Ощущаете ли Вы сонливость? Да - 1; Нет - 24

*Результаты второго опроса:*

- 1.Чувствуете ли Вы снижение концентрации внимания? Да - 18; Нет - 7
- 2.Беспокоят ли Вас головные боли в данный момент? Да - 10; Нет - 15
- 3.Ощущаете ли Вы сонливость? Да - 21; Нет - 4

Мы можем сделать вывод по результатам опросов и проведенного анализа, что самочувствие и работоспособность обучающихся гораздо лучше в начале исследовательского опыта, когда концентрация CO<sub>2</sub> в помещении составляла 0,08 %.

### **Заключение.**

В ходе исследования мы в очередной раз подтвердили мысль о том, что повышенная концентрация углекислого газа в учебном помещении негативно влияет на результаты обучения студентов, их самочувствие, а также снижает работоспособность.

Для того чтобы улучшить работоспособность обучающихся и не наносить вред их здоровью, нужно как можно чаще проводить проветривание,

в особенности сквозное, а также следить за исправностью системы вытяжной вентиляции.

#### **Список использованных источников и литературы:**

1. Новосельцев В. Г., Бойко С.В., Матлашук Д.В. Проблема превышения содержания углекислого газа в воздухе жилых и общественных зданий // Вестник Брестского государственного технического университета. – 2020. – №2.
2. Солодовников, Ю. Л. Гигиена и экология человека (цикл лекций и практических занятий): учебное пособие для СПО / Ю. Л. Солодовников. - 7-е изд., стер. - Санкт-Петербург: Лань, 2022. - 468 с.
3. В. С. Гусарова, И. А. Макарова, У. П. Зырянова Методы и средства измерения качества окружающей среды, Пенза: ПГАУ, 2023. -Лань. 469 с.

#### **ГБРОУ СК «СТАВРОПОЛЬСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

*Гочияева Диана  
Руководитель преподаватель Молчаненко С. А.*

#### **БИБЛИОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ТВОРЧЕСТВА НА ЛИЧНОСТЬ**

Термин библиотерапия (от греческого «библио» – книга, «терапия» – лечение) означает книголечение или лечение книгой. Слово это как научное понятие впервые было предложено в 1916 году Ассоциацией больничных библиотек США. Родоначальником библиотерапии считается шведский невропатолог Яроб Биллстрем. Принято считать, что библиотерапия возникла в 19 веке.

В 19 веке за рубежом начались систематические разработки и исследования по библиотерапии. Большое влияние на развитие библиотерапии как науки, оказали труды Зигмунда Фрейда, В. М. Бехтерева, психотерапевта К.И. Платонова, который проводил исследования в области физиологического и лечебного фактора слова. Значительный вклад в развитие библиотерапии внесли ученые разных стран. В настоящее время в США

регулярно проводятся "круглые столы", на которых обсуждают развитие библиотерапии.

Интересный опыт библиотерапии содержится в трудах отечественных авторов: Вельвовского И.З., Жилиевой Е.П., Кутанина М.Л., Леви В.Л., Шапошникова А.Е. и др.

В медицинском плане она является частью психотерапии, т.е. планомерного использования психического воздействия с лечебными целями. В библиотекведческом отношении библиотерапия рассматривается как одно из направлений педагогики чтения. В основе теории библиотерапии лежат несколько аспектов:

- 1) Воздействие письменного слова на психофизическое состояние человека.
- 2) Теория чтения как вид коммуникационной деятельности, посредством которого человек получает знания для коррекции поведения, взглядов и т.д.

Важной вехой в становлении специальной отрасли науки о взаимодействии человека с книгой явились труды замечательного отечественного книговеда и культуролога Н. А. Рубакина. В 20-х годах прошлого века он выступил с развернутой программой «библиопсихологии» (он и ввел этот термин). Суть его программы – системное изучение триады «читатель – книга (текст) – автор». Им отмечалось, что обычно каждая из частей триады рассматривается отдельно, тогда как наиболее существенно их взаимодействие и единство. При этом он исходил из того, что главное – это роль читателя. Он считал неправомерным положение, когда изучается сначала текст, потом автор (или сначала автор, потом текст), а читатель – где-то на втором плане. Он подчеркивал, что каждый читатель по-своему, избирательно усваивает и осмысливает тексты, привнося в них что-то свое. Он указывал, что читательское восприятие имеет свои индивидуально-природные предпосылки, и подчеркивал, что взаимосвязь читателя и книг нужно рассматривать в культурно-историческом контексте. Н. А. Рубакин считал, что

библиопсихология, возникающая на пересечении разных наук, должна соединять в себе проблематику и методы как естествознания, так и гуманитарного знания.

Существенное значение для более конкретного изучения механизмов восприятия текстов имело дальнейшее развитие в XX веке семиотики – учения о знаках и знаковых системах. Те или иные системы знаков, естественные или созданные искусственно, понимаются как своеобразные «языки» с некоторыми общими для них правилами. Семиотический подход к изучению текстов предполагает три уровня:

- 1) выделение и систематизацию сочетаний знаков;
- 2) интерпретацию значения определенных структур знаков;
- 3) выяснение взаимосвязи между значением знаковых систем и теми, кто их воспринимает.

Такой подход вслед за лингвистикой проник и в литературоведение. Новые аспекты изучения и получаемые при этом результаты обогащали и библиопсихологию.

Важнейший вклад в изучение психологии восприятия текстов внесли новаторские труды литературоведа и теоретика искусства М. М. Бахтина (середина прошлого века). В основе его концепции лежала идея диалога, понимаемого им не только как норма общения отдельных личностей, но и как норма самосознания и как способ взаимодействия личности с объектами культуры и искусства. Им показано, что в диалоге слово (мысль, знание) обретает множество новых смыслов; в таком многоголосии (полифонии) обнаруживаются их равные права на существование. При этом постижение личностью собственного «Я» происходит именно в общении с «другими». Соответственно и читательское восприятие, по существу, означает своего рода мысленный диалог с текстом и его автором. Эти идеи получили широкое признание. Они во многом содействуют пониманию тех специфических проблем, которые обычно относятся к ведению библиопсихологии и библиотерапии.

В наше время эта сфера научного поиска – на стыке психологии со смежными науками – находится на подъеме и представлена многими теоретическими и эмпирическими разработками. В данном сборнике представлены материалы по психологическим проблемам библиопсихологии, а также по вопросам библиотерапии, важнейшего практического применения этой многосторонней научной дисциплины.

Методики терапии творчеством многообразны. Популярны методики, основанные на продолжении начала истории; сочинительство с опорой на дидактический материал (игрушки или карточки с изображением персонажей – сказочных и реальных людей и животных, предметов, мест действия и целых ситуаций); сочинения по картам В.Я. Проппа; использование «бинома фантазии».

Итак, важнейшим и популярным направлением в библиотерапии является терапия творчеством – собственное творчество пациентов, в той или иной степени организуемое терапевтом. Известный отечественный психиатр М.Е. Бурно в своих трудах обосновывает возможность и необходимость широкого использования творческого потенциала пациентов для повышения эффективности лечебного процесса.

Чтобы показать неврастенику выход (точнее, чтобы больной сам нашел для себя выход), пациенту дают книгу, герой которой находится в такой же ситуации. Самое главное - чтобы книга была правильной.

Правильная книга – это та, где герой, несмотря ни на что, мобилизует все свои душевные силы, собирает в кулак волю и заставляет себя изменить свое отношение к ситуации. Неправильная книга – это сентиментальная мелодрама утешающего характера, где не герой меняет свое отношение к обстоятельствам, а обстоятельства – своё отношение к герою: вот только что все было плохо, хуже некуда, и вдруг раз – и все стало хорошо, лучше не бывает. Три – героическая литература (особенно библиотерапевты предостерегают от использования в лечении невротиков «Повести о настоящем человеке» Б. Полевого, «Как закалялась сталь» Н. Островского и «Овода» Э.

Войнич), в которых протагонист не преодолевает себя, а просто ломает саму ситуацию. Волевые механизмы невротика ослаблены, самооценка занижена, и героический пример только углубляет чувство собственной неполноценности (нет, я не Байрон, я другой).

Классификация видов библиотерапии (деление так называемой развивающей библиотерапии на библиотерапию чтением и интерактивную библиотерапию, то есть обсуждение прочитанного) может быть дополнена. Терапия литературным творчеством должна войти в это благородное семейство полноправной составной частью. Более того, терапия творчеством имеет не две, а три варианта: творчество как самовыражение пациента (этот вариант терапии описан М.Е. Бурно), творчество с обсуждением написанного, готового произведения и его доработка по замечаниям библиотерапевта и других читателей-слушателей (методики развития литературных способностей психологов З.Н. Новлянской, А.А. Мелик-Пашаева, Е.Л. Гончаровой, В.А. Левина и др.) и, наконец, совместное творчество пациента и библиотерапевта (когда библиотерапевт в процессе творчества выступает не столько в роли соавтора, сколько в роли слушателя-редактора, своими

вопросами корректируя – через создаваемое тут же, на глазах, продукт творчества – «узкие места» сочинителя-пациента).

Итак, библиотерапия является одним из перспективных направлений психотерапии, опирающимся на особую природу психотерапевтической (художественной, педагогической) коммуникации, механизмы художественного творчества и восприятия. Библиотерапевтическую работу, понимаемую как процесс педагогический, а не узко-медицинский, детскому библиотекарю необходимо проводить в тесном содружестве с библиотечным психологом или психотерапевтом, который может взять на себя не только построение стратегии библиотерапевтического воздействия, но и диагностику особенностей читательского и личностного развития детей и подростков, а также развивающего и библиотерапевтического эффекта библиотечных мероприятий.

Один из частых вопросов: что читать для самореализации, поиска своего пути (призвания, цели в жизни, интересной работы и тд.). Попробуем посмотреть на этот запрос с разных сторон с подборкой подходящей художественной и нон-фикшн литературы.

«Стоунер», Джон Уильямс. История, рассказанная в этой книге с необычной судьбой. Впервые роман был опубликован в 1965 г. и не вызвал отклик у публики. Однако повторная публикация текста в 2006 г., уже после смерти автора, сделала его настоящей литературной сенсацией и бестселлером. Сегодня роман Уильямса не называют иначе как «великий».

Представляет собой некий антипример самореализации: когда герой проживает жизнь не так, как хочет (хотя в базовом решении он выбрал именно то, что хотел), и чем это заканчивается. После прочтения этой книги очень ярко читатели понимают, чем чреват отказ от своих желаний (в широком смысле этого слова, а не просто минутных потребностей).

Маленький принц" Антуана Де Сент-Экзюпери. Помогает развить воображение, понять смысл жизни и научиться оценивать дружбу и любовь.

Главная идея книги заключается в том, что взрослые слишком заняты своими повседневными делами и забывают о настоящих ценностях жизни, таких как любовь, дружба и фантазия. Маленький принц заставляет нас задуматься о важности простых и чистых чувств, о том, что жизнь имеет глубокий смысл, который часто теряется в суете и материализме.

"Над пропастью во ржи" Джерома Сэлинджера. Роман помогает подросткам и молодым людям в осознании своего места в мире и принятии себя такими, какие они есть.

### **Список используемых источников**

1. Библиотерапия: история, методика, практика: информац.-библиогр. пособие./ Сост. О.В. Глазунова; Обл. спец. б-ка для слепых.- Ростов н/Д, 2011. - 28 с.- (Сер. «Арт-терапия для незрячих». Вып.3

2. Алексейчик А.Е. Библиотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. – Т.: Медицина, 1985, 404с.
3. Гончарова, А.И. Библиотерапия: задачи, подходы, методы/ А. И. Гончарова – М.: БМЦ, 2001. – 25-28 с.
4. Кабачек, О.Л. Библиотерапия как она есть. / О. Л. Кабачек – М.: «Школьная библиотека», 2002. 47-230с.
5. Тюшина, Е.И. Лечение книгой, или юиюлиотерапия./ Е. И. Тюшина – М.: 2003, 14-18 ст.
6. Российская государственная библиотека:  
<https://www.rsl.ru/ru/4readers/catalogues/special-funds/ukazatel-nior>
7. Электронная библиотека КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/>
8. eLIBRARY.RU: <https://nlr.ru/elibrary>
9. РИНЦ: [https://elibrary.ru/project\\_si\\_org.asp](https://elibrary.ru/project_si_org.asp)

*Кривич Елена  
Руководитель преподаватель Молчаненко С. А.*

## **СЛИЯНИЕ ЯЗЫКОВ: АНГЛИЙСКИЙ И ЛАТИНСКИЙ В РОЛИ ЛИНГВА ФРАНКА**

В современном мире, где границы между странами становятся все более проницаемыми, а взаимосвязь между людьми разных культур достигает беспрецедентного уровня, вопрос о лингва франка, то есть языке международного общения, приобретает особую актуальность.

Глобализация, выражающаяся в росте международной торговли, туризма, инвестиций, сотрудничества в сфере науки, образования и культуры, обуславливает необходимость единого языка для эффективной коммуникации между людьми из разных стран.

На протяжении истории человечества роль лингва франка менялась, как и сам язык. В эпоху Римской империи доминировал латинский язык, позволяя жителям обширной территории общаться друг с другом.

Впоследствии эту роль перенял французский, став языком дипломатии, культуры и высшего общества в Европе.

Цель данной статьи: проанализировать роль латинского и английского языков как лингва франка в 21 веке, исследовать взаимосвязь между этими языками, глобализацией, языковой ситуацией в мире, культурными процессами, социально-экономическими факторами.

В первую очередь, нам необходимо знать, что такое лингва франка. Лингва франка (от итал. *lingua franca* – франкский язык) – функциональный тип языка, используемый в качестве средства общения между носителями разных языков в ограниченных сферах социальных контактов.

Рассмотрим один из самых известных лингва франка – латинский язык.

Латинский язык, зародившийся в Лациуме, на Апеннинском полуострове, стал языком Римской империи, простиравшейся от Британских островов до Северной Африки и Ближнего Востока. Его влияние на языки и культуру Европы, Ближнего Востока и Северной Африки было огромным.

Латинский язык был языком империи во всех сферах жизни, от управления до культуры, и оставался значимым даже после падения Римской империи. Однако в 17 веке начался процесс утраты его доминирующего положения из-за развития национальных языков, распространения печатного станка и публикации научных открытий на национальных языках.

В эпоху Ренессанса интерес к латинскому языку и классической литературе возрос. Многие гуманисты писали на латинском языке, а также изучали и переводили произведения античных авторов.

В 17 веке латинский язык начал терять свое доминирующее положение. С ростом национального самосознания в Европе стали развиваться и национальные языки. распространение печатного станка сделало доступным чтение книг на национальных языках. Новые научные открытия стали публиковаться на национальных языках, а не на латинском.

К 19 веку латинский язык практически перестал быть языком международного общения. Его место заняли национальные языки, такие как

английский, французский, испанский и немецкий.

Рассмотрим один из них, распространенный во многих странах мира – английский язык. Его развитие и распространение было обусловлено несколькими факторами.

В период своего расцвета Британская империя охватывала большую часть мира, что привело к широкому распространению английского языка в колониях. После Второй мировой войны США стали доминирующей мировой державой, что еще больше усилило влияние английского языка. Процесс глобализации экономики, культуры и политики привел к росту использования английского языка в международных отношениях, бизнесе и науке. Английский язык, в свою очередь, стал языком дипломатии, международных организаций и бизнеса благодаря расцвету британской империи, доминированию США, процессу глобализации и доступности информации на английском языке в интернете.

Английский язык является доминирующим языком в науке и технологиях: большинство научных статей и книг публикуются на английском языке, международные научные конференции обычно проводятся на английском языке, а также английский язык используется при разработке программного обеспечения и веб-сайтов.

Теперь более подробно остановимся на лексических и грамматических особенностях двух самых ярких лингва франка – английском и латинском языках. Несмотря на то, что они относятся к разным ветвям индоевропейской языковой семьи, между ними можно найти ряд лингвистических параллелей.

1. Лексика: около 60% английских слов имеют латинские корни. Это связано с тем, что английский язык в значительной степени заимствовал слова из латинского языка в период римского завоевания Британии (1 век н.э. - 5 век н.э.) и во время распространения христианства (7 век н.э.).

Примеры:

- Школа: school (от латинского "schola")
- Свобода: liberty (от латинского "libertas, liber")

- Город: city (от латинского "civitas")

2. Грамматика: Латинский и английский языки имеют ряд грамматических сходств, например, использование падежей, спряжение глаголов и согласование подлежащего и сказуемого.

*Примеры:*

- **Падежи:** В латинском языке шесть падежей, а в английском - четыре. Однако английский язык сохранил некоторые падежные формы, например, родительный падеж ("the teacher's book").

- **Спряжение глаголов:** И латинский, и английский языки спрягают глаголы по лицам, числам и временам.

- **Согласование:** В латинском и английском языках подлежащее и сказуемое должны согласовываться в числе.

Заимствования из латинского языка играли важную роль в развитии английского языка.

**1. Прямые заимствования:** Многие английские слова заимствованы непосредственно из латинского языка без каких-либо изменений.

*Примеры:*

- **Animal:** животное (от латинского "animal")
- **Doctor:** доктор (от латинского "doctor")
- **Museum:** музей (от латинского "museum")

**2. Суффиксы и префиксы:** Английский язык заимствовал из латинского языка множество суффиксов и префиксов, которые используются для образования новых слов.

**Примеры:**

- **Суффикс "-tion":** образование (от латинского "tio")
- **Суффикс "-able":** способный (от латинского "-abilis")
- **Префикс "pre-":** перед (от латинского "prae-")

Латинский язык оказал глубокое влияние на развитие английского языка.

Заимствования из латинского языка значительно обогатили словарный запас английского языка и повлияли на его грамматическую структуру, а также привели к использованию латинского алфавита для записи текстов на английском языке. Латинский язык оказал значительное влияние на развитие английского языка как письменной системы и грамматической конструкции.

Латинский язык, лингва франка античного мира, оставил глубокий след в истории и оказал огромное влияние на развитие многих языков, включая английский.

В 21 веке английский язык стал доминирующим языком международного общения, торговли, науки и культуры. Однако важно понимать, что статус английского как лингва франка не является вечным. В будущем возможно несколько сценариев развития международного языкового ландшафта, и важно учитывать все факторы, которые могут повлиять на роль английского языка в мире.

Языковое разнообразие является ценным ресурсом, который необходимо сохранить. Необходимо уважать языковые права всех людей.

Важное значение имеет развитие языкового образования, которое позволит людям изучать несколько языков. Знание нескольких языков открывает новые возможности для общения, образования, работы и саморазвития. В 21 веке языковое образование является ключом к успеху в глобализованном мире.

Итак, латинский язык, некогда доминировавший в Римской империи, эволюционировал и трансформировался, оставив глубокий след в истории и подарив миру английский язык – лингва франка 21 века.

Английский язык, впитав в себя латинскую лексику, грамматические структуры и логику мышления, стал языком международного общения, науки, торговли и глобализации.

Влияние латинского языка на английский не ограничивается заимствованиями слов. Латинское мировоззрение, заложенное в языке, его четкость, структурность и логичность легли в основу английского мышления.

Изучая латинский язык, мы не просто постигаем мертвый язык, мы прикасаемся к истокам английского, к его глубинным основам. Знание латинского языка позволяет не только по-новому взглянуть на грамматику английского, но и лучше понять его словарный запас, этимологию слов, культурные и исторические контексты.

Отдельным вопросом хотелось бы отметить проникновение латинского языка не только в английский, но и в русский язык. Имеет смысл сказать, что латинский язык в общении используют не только люди определенных профессий: врачи, фармацевты, юристы, но и часто его словарь активно используется в обычной речи. В настоящее время, молодое поколение использует сленг, который состоит из англицизмов, часть из которых имеет латинские корни.

Примеры:

- Экшен – action – action
- Пруф – proof – proba, probare, probus
- Агрить – aggressive – aggressivus
- Инфа – information – infomatio
- Респект – respect – respectus
- Токсик – toxic – toxique
- Донат – donation – donation
- Ассистент – assistant – assistants
- Эксперимент – experiment – experimentum
- Фиксировать – fix – fixus

В 21 веке, когда мир стремится к взаимопониманию и сотрудничеству, знание языков становится все более важным. Изучение латинского языка, языка-прародителя, может стать ключом к более глубокому пониманию английского языка, а значит, и к более глубокому пониманию мира вокруг нас.

Важно помнить: латинский язык – это не просто набор слов и грамматических правил. Это язык, который хранит в себе историю, культуру

и мировоззрение целой цивилизации. Изучение латинского языка – это инвестиция в будущее. Знание латыни откроет перед вами новые возможности для изучения английского языка, для работы и саморазвития. Сохраняя языковое наследие, мы делаем мир богаче. Бережное отношение к латинскому языку – это вклад в сохранение культурного многообразия нашей планеты.

Стоит отметить, что без латинского языка английский язык не смог бы существовать в том виде, в котором мы его знаем.

Латинский язык стал фундаментом, на котором строился английский. Большая часть английской лексики имеет латинские корни. Грамматическая структура английского языка во многом основана на латинской грамматике.

Таким образом, латинский язык сыграл важнейшую роль в формировании английского языка и его становлении как языка международного общения.

Пусть латинский язык станет для вас не мертвым, а живым языком, мостом между прошлым, настоящим и будущим!

#### Список используемых источников

##### 1. Книги:

1. Абаева, Т. И. Латинский язык в истории международных отношений. М.: Наука, 1973.
2. Воробьев, В. В. Английский язык как язык международного общения. М.: Изд-во МГУ, 2021.
3. Звегинцев, В. А. История языкознания. М.: Просвещение, 2022.
4. Кочерган, М. П. Введение в лингвистику. М.: Просвещение, 2020.
5. Швейцер, А. Д. Современная лингвистика. М.: Прогресс, 2021.

##### 2. Статьи:

1. Бабенко, О. Г. Английский язык как лингва франка: проблемы и перспективы. Вестник ЧГУ. Серия: Филология. 2014. № 12 (326). С. 147-153.
2. Булатова, Е. А. Английский язык как язык международного общения: история и современность. Вестник Тамбовского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2013. № 11 (141). С. 102-105.

3. Иванова, Е. А. Лингвистические аспекты функционирования английского языка как языка международного общения. Вестник НГПУ. Серия: Гуманитарные науки. 2012. № 2. С. 112-116.
4. Колесникова, Н. В. Английский язык как лингва франка: лингвокультурные аспекты. Вестник Курганского государственного университета. 2011. № 4. С. 76-81.
5. Шевченко, О. В. Английский язык как лингва франка: проблемы и противоречия. Вестник Сибирского государственного университета путей сообщения. 2010. № 12. С. 123-128.

### 3. Интернет-ресурсы:

1. Министерство образования и науки Российской Федерации:  
<https://minobrnauki.gov.ru/>
2. ФГБОУ ВО "Московский государственный лингвистический университет"  
<https://www.linguanet.ru/>
3. Российская государственная библиотека:  
<https://www.rsl.ru/ru/4readers/catalogues/special-funds/ukazatel-nior>
4. Электронная библиотека КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/>

### 4. Научные базы данных:

1. eLIBRARY.RU: <https://nlr.ru/elibrary>
2. CyberLeninka: <https://cyberleninka.ru/>
3. РИНЦ: [https://elibrary.ru/project\\_si\\_org.asp](https://elibrary.ru/project_si_org.asp)

*Красенькина Олеся  
Руководители: Н.Н.Женюх, преподаватель ЦМК ЕНД  
Г.П.Женюх педагог-психолог*

## **«УРОКИ ДОБРОТЫ» КАК ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ СПОСОБНОСТИ К ЭМПАТИИ И МИЛОСЕРДИЮ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА**

Доброта, любовь к миру и к окружающим людям, эмпатия и милосердие – эти качества человеческой души считались наивысшей ценностью во все времена. А нужно ли нам быть добрыми? Безусловно! Ведь

доброта и милосердие наполняют нашу жизнь смыслом и ценностью. Доброта необходима для нашего собственного благополучия и счастья, а также для создания гармоничных отношений с окружающими – об этом свидетельствует фраза: *«Поступай с другими так, как хотел бы, чтобы они поступали с тобой»*. Поэтому быть добрым и милосердным человеком очень важно.

Медицинским работникам, как никому другому, просто необходимо обладать такими качествами, как бескорыстие, эмпатия, милосердие и доброта. Ведь врачи, фельдшера, медсёстры и весь медицинский персонал имеют дело с пациентами. А пациент — это лицо, нуждающееся в помощи, во внимательности и сочувствии, доброте и заботе. Получить настоящую помощь больной может только от специалиста, способного к эмпатии.

А что такое эмпатия? **Эмпатия** — это способность почувствовать и понять эмоции других людей. Эмпатичная личность может поставить себя на место другого человека и проявить искреннее сочувствие и заботу. Многие авторы считают, что эмпатия – это личностное свойство, которое можно целенаправленно формировать и развивать. К примеру, через правильные беседы и совместные рассуждения.

Вот и я, студентка группы 16269 Красненькина Олеся, стала соучастницей одного из «Уроков Доброты», посвященного Всемирному Дню Доброты, на котором студентов познакомили с понятием эмпатии и милосердия, и тем, как эти качества можно в себе развивать. Сама идея таких уроков очень вдохновила меня, и я решила узнать, что стало началом этой традиции: проводить такие уроки. Так, я познакомилась с множеством потрясающих гуманитарных мероприятий, тренингов и творческой деятельности студентов нашего колледжа. Например, я узнала про благотворительную акцию 2017 года по сбору денежных средств (инициатором которой была группа 163д9) для Танзили Баялиевой, проходящей лечение в онкологической клинике Израиля. Тогда, на одном из «Уроков Доброты», студенты делали из бумаги японских журавликов (символ удачи и долголетия), на крыльях которых писали свои желания и выпускали в небо на воздушных шарах. Я узнала про

одуванчик, главный символ Доброты, который распустил свои пушинки в стенах нашего колледжа, благодаря студентке группы 164д9 Полине Кудерской. И про многое-многое другое.

Всё это поразило и очень обрадовало меня! Я считаю, что проводить «Уроки Доброты» необходимо и дальше. Это прекрасно, что наш колледж позволяет студентам развивать в себе качества, которые украсят наши личности и помогут нам в дальнейшей профессиональной реализации. Ведь подростковый возраст — это время, когда человек больше всего нуждается в заложении в нём семени Доброты, который в будущем принесёт свои плоды.

Практическая часть научно-исследовательской работы призвана продемонстрировать теоретические знания студента на практике. Таким образом нами было принято решение не только провести исследование согласно предмету, но и полностью описать его процесс в практической части нашей работы. А насколько возможно развитие эмпатии в подростковом возрасте? Чтобы ответить на этот вопрос, было решено выяснить уровень развития способности к эмпатии у студентов первого курса.

Для диагностики эмпатии в подростковом возрасте были использованы «Методика диагностики уровня эмпатических способностей» В.В. Бойко, позволяющая определить уровень развития эмпатии и значимость конкретного параметра в структуре эмпатии и методика «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна и Н. Эпштейна.

В исследовании приняли участие три группы (табл. 1) студентов первого курса отделения «Сестринское дело».

Таблица 1.

№п/п	Очень низкий Кол-во	Низкий Кол-во	Средний кол - во	Высокий Кол-во
	Группа 162б9 (сестринское дело)			
1.	-	9 (35%)	13(54%)	2(8,3%)
	Группа 161б9 (сестринское дело)			
2.	-	10(40%)	14(56%)	1(4%)
	Группа 152д9(фармация)			
3.	-	13(59%)	9(41%)	-

Выбор этих учебных групп был не случайным, по итогам диагностического исследования обучающихся нового набора, с целью составления «портрета первокурсника» и изучения групповой динамики в период адаптации, именно в этих учебных группах были в большей степени отмечены сложности социальной адаптации и групповой динамики.

Анализируя результаты опроса, мы смогли увидеть, что у студентов первого курса общим является выраженность эмпатических тенденций, в основном, на низком и среднем уровнях.

Для исследования возможности влияния специально разработанных кураторских часов (часть кураторского часа отводилась на «Уроки Доброты»), на развитие чувства эмпатии были подобраны игры и упражнения (Карусель, установление и поддержка контекста, кораблекрушение и другие), целью которых являлось подвести группу к дискуссии на морально – этические. Для участия в исследовании была выбрана группа 162д9, выбор этой группы стал не случайным, показатели выраженности эмпатии в этой группе при первичном исследовании оказались самыми низкими.

Встречи с участвующей в исследовании группой проходили два раза в месяц, тематика занятий не шла в разрез с планом работы куратора отражая в себе проводимые в колледже учебно-воспитательные мероприятия.

Мы уверены, что смогли сотворить маленькое чудо, и очень хочется надеяться на то, что сделанное нами поможет, или на минутку заставит задуматься не только авторов работы, но всех студентов колледжа о том насколько хрупок наш мир и как не хватает доброты и чувства эмпатии каждому из нас.

О конкретных результатах говорить рано, реализация проекта рассчитана на один год, но промежуточное тестирование экспериментальной группы позволяет сделать следующие выводы: использование психологических упражнений и игр, направленных на обсуждение морально-этических проблем поведения в повседневной жизни и профессиональной деятельности медицинской сестры в экспериментальной группе, была

отмечена устойчивая тенденция к положительной динамике в развитии чувства эмпатии (табл. 2).

№п/п	Очень низкий Кол-во	Низкий Кол-во	Средний кол - во	Высокий Кол-во
	Группа 16269 (сестринское дело)			
	-	8(37%)	12(54.5%)	2(9%)

Таблица 2.

Таким образом, можно заключить, что «Уроки Доброты» с элементами тренинга направленные на развитие способности к эмпатии в группах первого курса медицинского колледжа обладают большими возможностями для развития профессионально-значимых качеств личности будущего медицинского работника. «Уроки Доброты» дают возможность активного обучения и осмысливания жизненного опыта, который возможно смоделировать в зависимости от складывающийся ситуации взаимодействия. Специальным образом подобранные задания, упражнения, а также психологические игры ориентирует студентов на осознание проблем межличностного взаимодействия, позволяют оценить собственное поведение в возможных в будущем ситуациях профессионального общения, способствуют развитию качеств сопереживания, способности к участию и эмпатии.

*Белоглазова Ксения  
Руководитель преподаватель Соломянный В.Д.*

### **ЖОРЕС ИВАНОВИЧ АЛФЕРОВ: ЛЕГЕНДА ФИЗИКИ ПОСЛЕДНЕГО СТОЛЕТИЯ**

Мы практически не выпускаем из рук мобильные телефоны, можем по достоинству оценить удобство езды с навигатором, ежедневно пользуемся интернетом и оплачиваем покупки банковской картой – все это и много другое, без чего уже невозможно представить современную жизнь, появилось благодаря изобретениям Жореса Алфёрова.

Жорес Иванович Алферов – академик АН СССР (1979), Академик РАН (1991), полный кавалер ордена "За заслуги перед Отечеством", член различных

академий наук по всему миру, депутат Государственной думы РФ, автор более 550 научных трудов, 50 изобретений, автор книг и монографий.

Будущий нобелевский лауреат родился в 1930 году в Белорусской ССР в семье Ивана Карповича Алферова и Анны Владимировны Розенблюм. Алферовы назвали обоих своих сыновей в честь выдающихся революционеров. Старшего – Марксом, младшего Жоресом – в память об одном из основателей Соцпартии Франции Жане Жоресе.

Довоенные годы Жорес Алферов провел в Сталинграде, затем судьба забросила его семью в Сибирь. Уже в войну Алферовы эвакуировались на Урал. Там отец будущего ученого работал директором целлюлозно-бумажного завода. Старший брат Жореса ушел добровольцем на фронт, где и погиб в двадцатилетнем возрасте.

После войны Жорес Иванович с семьей вернулись в Белоруссию, в Минск, там он закончил с золотой медалью среднюю школу и поступил в Белорусский политехнический институт на энергетический факультет, но проучившись несколько семестров, решил попробовать поступить в Ленинградский Электротехнический институт. Его приняли туда без экзаменов. После института он стал работать в Физико-техническом институте А.Ф. Иоффе. В 1961 году стал кандидатом физико-математических наук, а в 1970 - доктором физ.-мат. наук. С 1987 по 2003 года занимал пост директора института, в котором начал работать еще после окончания учебы в институте.

Помимо научной деятельности, Алферов имел очень активную жизненную и гражданскую позиции:

- Учредил Фонд поддержки талантливой учащейся молодежи, для содействия её профессиональному росту, поощрения творческой активности в проведении научных исследований в приоритетных областях науки.
- Являлся ректором-организатором нового Академического университета и сопредседателем Консультативного научного Совета Фонда «Сколково».
- Трудился на посту вице-президента РАН (1991-2017), Председателя Президиума Санкт-Петербургского научного центра РАН.

Жорес Алферов всю свою сознательную жизнь занимался пропагандой и утверждением научного мышления, рационализма и идей прогресса. После распада СССР его затащил водоворот общественно-политической активности. Он часто выступал в СМИ по множеству актуальных общественно важных вопросов. Особо его тревожило происходящая на наших глазах деградация образования и целенаправленная борьба с просвещением как таковым.

Алферов понимал и с горечью констатировал в своих интервью, что в условиях отсутствия научных ориентиров и преемственности научного авторитета, обществу грозит одичание. В девяностые годы происходило предельное занижение оплаты труда научных, инженерно-технических и педагогических кадров, что ударило по престижу научного знания. *«Отставание в науке – не следствие какой-либо слабости русских ученых или проявления национальной черты, а результат дурацкого реформирования страны»*, – отмечал Жорес Алферов в интервью «Аргументам и фактам».

Всемирно известный ученый Жорес Алферов ушел из жизни 1 марта 2019 года в возрасте 88 лет. Он стал первым русским, удостоенным Нобелевской премии по физике. До самой смерти он оставался бесспорным научным и моральным авторитетом, осколком советского научно-технического прогресса, который признавали и на Западе.

Гениальное открытие Жореса Алферова, за которое он был удостоен Нобелевской премии, связано с изучением свойств полупроводников.

**Полупроводники** — это кристаллические вещества, которые по способности проводить электрический ток занимают промежуточное положение между проводниками (металлами) и диэлектриками (изоляторами).

В нормальном состоянии полупроводники проводят небольшое количество тока или не проводят его вовсе. Но с ростом температуры, под действием света или при введении примеси они начинают лучше пропускать электрические заряды.

Самый известный полупроводник — кремний (Si).

Суть гениального открытия Жореса Алфёрова состоит в том, что он экспериментальным путем создал полупроводники с заданными, необходимыми для будущей электроники физическими свойствами — *гетероструктурные полупроводники*. *Гетероструктурный полупроводник* представляет собой две или больше тонких пленки, состоящих из близких по параметрам кристаллической решетки веществ, выращенных друг на друге. В результате слоистые, как сэндвич, полупроводники позволили создать чрезвычайно мощные и одновременно очень компактные приборы.

*«Именно такой сложный «сэндвич» из самых различных материалов, представляющий собой единый кристалл, стал сердцем волоконно-оптической связи. Он передает световыми сигналами десятки миллионов телефонных разговоров»,* — пояснял Жорес Алфёров.

Ключевые современные полупроводниковые устройства — процессоры и иные микросхемы. Полупроводники есть почти во всех устройствах, которыми мы ежедневно пользуемся, а также в крупной промышленной, медицинской и другой технике.

Открытия в области гетероструктурных проводников нашли самое широкое практическое применение.

### **Полупроводниковые лазеры**

Исследования свойств и возможностей полупроводников к 1960-м годам подвели ученого к разработке инновационных полупроводниковых лазеров.

Данное изобретение Жореса Алфёрова теперь повсеместно используется в оптико-волоконной связи, проигрывателях компакт-дисков, лазерных указках и беспроводных компьютерных мышках. а также в лазерной микрохирургии глаза, что значительно расширило спектр и качество производимого лечения.

Многолетняя работа Алферова с гетероструктурами дала еще одну интереснейшую разработку квантовой электроники – *лазер на квантовых точках*.

Лазер на квантовых точках был изобретен Алферовым в 1990-е, а сейчас такие устройства широко применяются в медицине — лазерные скальпели, оптическая когерентная томография (исследование глазных и зубных тканей, тонких слоев кожи и слизистых оболочек). А в сфере техники — это проекционные устройства, лазерные телевизоры и телекоммуникации.

### **Солнечные батареи**

На протяжении многих лет Жорес Алферов исследовал полупроводниковые гетеропереходы. Благодаря результатам этих исследований, он разработал эффективные солнечные батареи, основанные на свойствах гетероструктурных полупроводников. имели улучшенную стойкость к радиоактивному излучению, поэтому могли полноценно использоваться при освоении космоса. Так, инновационные на тот момент идеи гетеропереходов были впервые применены в солнечных космических батареях на международной космической станции «Мир», снабжали энергией станцию без потери производительности в течение заявленного срока их работы –15 лет!

### **Изобретения Алфёрова вокруг нас**

Благодаря изобретениям и открытиям Алфёрова человечество сегодня пользуется огромным числом приспособлений и вещей, которые работают на полупроводниках с гетеропереходом.

Так, гетероструктуры, разработанные Жоресом Алфёровым, применяются в *мобильных телефонах* – из них состоит сверхвысокочастотный усилитель сигнала, без которого сотовая связь была бы просто невозможна.

Спасибо ученому следует сказать за *светодиоды и фотодиоды*, освещающие наши дома и используемые в светофорах и фарах автомобилей.

На основе гетероструктур созданы быстрые *диоды и быстрые транзисторы*, которые необходимы в спутниковой радиосвязи, – благодаря им работают в том числе GPS и ГЛОНАСС.

*Компьютеры, планшеты, электронные микроскопы, сканеры штрих-кодов* и многие другие микроэлектронные устройства работают на полупроводниках с гетеропереходом.

А созданный Алфёровым *полупроводниковый лазер*, сейчас активно используется для передачи сигнала по оптоволокну – это позволяет охватить весь мир сетью Интернет.

Несмотря на столь внушительный список, все это лишь часть того, чего мы могли бы лишиться без открытия Алфёрова.

### **Отличные перспективы**

Дальнейшие исследования в области гетероструктурных полупроводников имеют широкий потенциал. С их помощью можно создать искусственные устройства со свойствами клетки, пригодные для использования в микроэлектронике. С этого начнется новая эра микроэлектроники, в которой работа приборов будет основана на принципах работы живых организмов.

#### Список литературы

1. Двойные гетероструктуры: концепция и применения в физике, электронике и технологии: Нобелевская лекция. Стокгольм, 8 дек. 2000 г. / Ж. И. Алфёров // Нобелевские лекции по физике, 1995-2004 гг.: [научное издание]. - М.: Успехи физических наук, 2009. – С. 190-436. – Библиогр.: с. 429-436.
2. Когда наука станет востребованной / Ж. И. Алфёров; беседовала Н. Шапова // Техника-молодежи. - 2009. - № 6. - С. 2-7. - (Люди науки).
3. Наука должна быть востребована экономикой / Жорес Алфёров; Людмила Асютченко // Правда Севера. - 2006. - № 55. - С. 1.
4. Наука и общество / Ж. И. Алфёров; РАН, Физико-технич. Ин-т. – СПб.: Наука, 2006. –383 с.
5. «Последний раз я волновался, когда король вручал мне премию»: [интервью] / Жорес Алфёров // Всемирный следопыт. - 2008. - № 14.
6. «Россия останется страной без будущего, если не изменит отношение к

науке и образованию»/ Ж. Алферов; подгот. к публ. Петр П. Нешитов // Alma Mater: Вестник высшей школы. -2007. - № 2. - С. 49-53, 56. - Примеч. в сносках.

Интернет ресурсы

1. ru.wikipedia.org. Алфёров Жорес Иванович
2. tass.ru. Биография Жореса Алфёрова
3. aeternamemoria.ru. Жорес Алфёров: краткая биография.
4. politiki-rossii.ru. Алфёров Жорес Иванович – биография и семья

*Рамазанов Замир*

*Руководитель преподаватель Дубинин А.Н.*

### **АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ФИТОПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Актуальность темы заключается в том, что фитотерапия имеет ряд преимуществ перед использованием синтетических препаратов. Лекарственные растения, как правило, хорошо переносятся больными, не оказывают нежелательного побочного действия, их можно применять длительный период времени особенно при хронических заболеваниях. Они хорошо сочетаются друг с другом и могут оказывать влияние на различные органы и системы.

Применение фитопрепаратов в терапии заболеваний мочевыводящих путей обусловлено их многоаспектным воздействием, включая антимикробное, противовоспалительное, диуретическое и анальгезирующее действие. Флавоноиды, фенолкарбоновые кислоты и эфирные масла, содержащиеся в некоторых растениях, обладают выраженными бактериостатическими и бактерицидными свойствами. Они активно воздействуют на рН мочи, создавая условия, неподходящие для развития бактерий. Спазмолитические и диуретические качества этих фитопрепаратов способствуют более эффективному очищению слизистых оболочек от бактериальных клеток.

В последние десятилетия возрождается значительный интерес к фитотерапии как компоненту комплексной терапии ИМП. Лечебные свойства растений были хорошо известны врачам, народная медицина практически всех народов и стран использует их для лечения различных заболеваний. Действие фитопрепаратов в рамках современных исследований представляется нам по-новому, прежде всего, с точки зрения способности разрушать микробную биопленку на слизистой оболочке мочевых путей.

Растительные препараты можно применять в качестве отдельных настоев или травяных сборов. Компоненты различных растений также входят в состав фабричных лекарственных препаратов.

**Цель научно-практической работы:** проведение анализа основных характеристик фитопрепаратов, применяемых при заболеваниях мочевыделительной системы.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи:**

1. Изучить характеристики фитопрепаратов.
2. Изучить механизм действия, показания, противопоказания фитопрепаратов, применяемых для лечения заболеваний мочевыводящих путей.
3. Провести мониторинг ассортимента этих фитопрепаратов в

### **Характеристика и классификация фитопрепаратов**

**Фитопрепараты** — лекарственные средства, получаемые исключительно из растительного сырья: трав, целых растений или их экстрактов. Фитопрепараты применяются для лечения заболеваний и в качестве профилактических средств. В настоящее время для производства фитопрепаратов используется свыше пятисот видов лекарственных трав.

То, как фитопрепарат действует на организм человека, определяется составом активных веществ, входящих в растения, на основе которых он создан

Действие многих лекарственных трав может быть настолько сильным, что передозировка может нести опасность, вплоть до смертельного исхода. Действительно грамотно составить травяной сбор, и определить необходимую дозировку может только квалифицированный специалист — фитотерапевт.

#### Характерные особенности фитопрепаратов

1. Умеренное действие
2. Медленное развитие терапевтического эффекта

Фитопрепараты можно применять в качестве отдельных настоев или травяных сборов. Компоненты различных растений входят также в состав фабричных лекарственных препаратов.

Все лекарственные растения, прежде чем допустить их к продаже в аптеке и разрешить к применению, проходят тщательное изучение. Из них выделяют все действующие вещества и очень внимательно проверяют, как эти вещества взаимодействуют с организмом человека на всех этапах прохождения через отделы желудочно-кишечного тракта. При получении положительных результатов на всех этапах предварительного тестирования, данное растение получает разрешение на продажу и применение у людей. Во время этих испытаний обязательно проверяют, как будут взаимодействовать эти растения с уже применяемыми в практике ранее и с наиболее часто используемыми лекарственными препаратами.

Но даже самые известные и проверенные лекарственные растения могут принести вред, если их неправильно сочетать друг с другом или параллельно с лекарственными препаратами.

Основной задачей современной фитотерапии, является внедрение максимально большого количества фитофармацевтических средств. Фитопрепараты следует назначать в адекватных дозах с учетом взаимодействия друг с другом, возможных побочных эффектов и противопоказаний, используя оптимальные пути введения и достаточные по продолжительности курсы применения

При изготовлении фитопрепаратов, необходимо оценивать сырьё в соответствии с критериями эффективности и безопасности.

### **Классификация фитопрепаратов**

Фитопрепараты - лекарственные средства, получаемые исключительно из растительного сырья: трав, целых растений или их экстрактов.

Фитопрепараты применяются для лечения заболеваний и в качестве профилактических средств. В настоящее время для производства фитопрепаратов используется свыше пятисот видов лекарственных трав.

Группа фитопрепаратов включает в себя:

1. настойки;
2. экстракты;
3. экстракты-концентраты;
4. масляные экстракты;
5. препараты из свежих растений
6. пасты

### **Общая характеристика фитопрепаратов, применяемых для лечения заболеваний мочевыделительной системы**

Фитопрепараты широко применяются для лечения заболеваний мочевыделительной системы. Спросом у населения пользуются такие фитопрепараты данной группы, как: Фитолизин, Коннефрон, Цистон и Уролесан.

#### **Фитолизин**

**Фитолизин** содержит экстракт смеси растений (золотарника, хвоща полевого, пырея, горца птичьего, листьев березы, любистока, петрушки, масла шалфея, мяты, сосны и апельсина, семена пажитника), благодаря чему оказывает мочегонное, противовоспалительное, спазмолитическое действие, уменьшает кристаллообразование, способствует растворению кристаллов и конкрементов и выведению их с мочой.

Препарат имеет форму пасты для приготовления суспензии, что обеспечивает легкость его дозировки и применения. Взрослым назначают

внутри по 1 чайной ложке пасты, растворенной в 1/2 стакана теплой сладкой воды, 3—4 раза в день после еды. Он используется многие годы и заслужил доверие пациентов.

Фитолизин может применяться в комплексном лечении ИМП вместе с антибиотиками или после их применения на этапе противорецидивной терапии. Препарат широко применяется в качестве профилактического средства при хронических воспалениях мочевых путей. Курс терапии

Фитолизином составляет 2—6 недель и при необходимости может быть продлен. Фитолизин, занимает важное место в комплексной терапии ИМП и позволяет повышать эффективность антибактериальной терапии за счет преодоления резистентности возбудителя к антибиотикам, сокращает курсы антибиотикотерапии, снижают частоту нежелательных лекарственных реакций их применения.

#### **Показания к применению**

- инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, простатит, уретрит
- профилактика кристаллизации минеральных компонентов мочи.

#### **Побочные действия**

- аллергические реакции
- тошнота
- фотосенсибилизация (при повышенной чувствительности к ультрафиолетовым лучам).

#### **Противопоказания**

- повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата (аллергические реакции на компоненты препарата)
- гломерулонефрит
- гепатит
- желчекаменная болезнь
- почечная недостаточность

- сердечная недостаточность
- отеки, вызванные недостаточностью сердца или почек
- детский и подростковый возраст до 18 лет
- аллергическая реакция на пшеничный крахмал
- беременность и период лактации
- алкоголизм
- эпилепсия

### **Лекарственные взаимодействия**

В связи с мочегонным действием препарата следует учитывать возможность ускоренного выведения других, одновременно применяемых лекарственных средств.

Он может усиливать действие:

- антикоагулянтов, нестероидных противовоспалительных препаратов
- гипогликемических лекарственных средств (лекарственные препараты, применяемые для лечения сахарного диабета)
- лекарственных средств, содержащих соли лития
- пролонгировать действие фентобарбитала (снотворный лекарственный препарат), аминопирина и парацетамола (нестероидные противовоспалительные препараты).

Фитолизин может уменьшить всасывание бета-каротина, альфа-токоферола (витамин Е), холестерина и лекарственных средств в тонком кишечнике так же применяется в комплексном лечении „ИМП вместе с антибиотиками или после их применения на этапе противорецидивной терапии. Широко применяется в качестве профилактического средства при хронических воспалениях мочевых путей.

**Канефрон** является препаратом растительного происхождения, предназначенным для лечения и профилактики заболеваний почек и мочевого

пузыря.

### **Химический состав**

В состав лекарства Канефрон Н входит золототысячник обыкновенный, любисток и розмарин.

Препарат оказывает противовоспалительное, спазмолитическое, антисептическое и диуретическое фармакологическое действие, используется в комплексном лечении хронических инфекций мочевыводящих путей (цистит и пиелонефрит), неинфекционных хронических заболеваний почек (гломерулонефрит, интерстициальный нефрит), препятствует образованию мочевых камней (также и после их удаления), при этом комбинация с антибактериальными средствами возможна и целесообразна. Препарат успешно применяется для лечения различных заболеваний мочевыводящих путей.

Канефрон® Н содержит глюкозу, сахарозу и лактозу. Пациенты с наследственной непереносимостью галактозы, дефицитом лактазы, непереносимостью фруктозы не должны применять препарат.

### **Фармакодинамика**

Активные компоненты Канефрон® Н обладают диуретическим, спазмолитическим, противовоспалительным, антибактериальным и стимулирующим кровообращение действием. Важными фармакологическими ингредиентами являются: эфирные масла (любисток, розмарин), фенольные кислоты (розмарин, любисток, трава золототысячника), фталиды (любисток) и горечи (трава золототысячника).

Спазмолитический эффект препарата реализуется за счет фталидов (бутилидина и лигустилида), входящих в состав корня любистока лекарственного и горечей травы золототысячника. Сосудорасширяющее действие выражается в понижении тонуса сосудистой стенки мочевого пузыря и мочевыводящих путей, что приводит к увеличению диуреза. Мочегонное действие также объясняется повышением осмотического давления под влиянием фенолкарбоновых кислот в составе листьев розмарина.

Противовоспалительные свойства связаны с действием розмариновой кислоты, которая блокирует неспецифическую комплементарную активацию липооксигеназы и, таким образом, синтез лейкотриенов, участвующих в реализации воспалительного процесса. Помимо этого, все растения, входящие в состав лекарственного препарата, содержат антимикробные вещества.

#### **Побочные действия**

- аллергические реакции на компоненты препарата (сыпь, зуд)
- желудочно-кишечные расстройства (рвота, диарея)

#### **Показания к применению**

- острый и хронический цистит, пиелонефрит (в качестве дополнительного средства лечения)
- профилактика образования мочевых камней
- после операционного удаления мочевых камней

#### **Противопоказания**

- повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата
- язва желудка и двенадцатиперстной кишки в острый период
- детский возраст до 6 лет

### **Цистон**

**Цистон** — фармакологическое многокомпонентное средство из класса препаратов, обладающих нефролитическим и антибактериальным действием

#### **Химический состав**

Одна таблетка содержит

1. двуплодника стебелькового листьев экстракт 65 мг
2. камнеломки язычковой корней экстракт 49 мг
3. марены сердцелистной корней экстракт 16 мг
4. сыти пленчатой корневищ экстракт 16 мг
5. соломоцвета шероховатого семян экстракт 16 мг
6. оносмы прицветковой стеблей экстракт 16 мг

7. верони пепельной травы экстракт 16 мг
8. мумие очищенный 13 мг
9. кальция силикат 16 мг

### **Фармакокинетика**

Поскольку Цистон - многокомпонентный растительный препарат активность его обусловлена синергетическим действием его ингредиентов. Его нельзя полностью отнести за счет какого-либо одного соединения, проведение кинетических наблюдений не представляется возможным, все вместе компоненты не могут быть прослежены с помощью биоисследований.

### **Фармакодинамика**

Комбинированный растительный препарат Цистон препятствует перенасыщению кишечника литогенными веществами, уменьшает всасывание из кишечника оксамидов и восстанавливает кристаллоидно-коллоидный баланс. Цистон подавляет образование камней, кристаллов, уменьшая содержание камнеобразующих веществ: щавелевой кислоты, кальция гидроксипролина и других, и способствует их разрушению и выведению в измельченном виде. Цистон вызывает расщепление конкрементов и кристаллов, воздействуя на муцин, который связывает частицы.

Обладая противомикробным свойством, препарат оказывает благотворное действие при лечении инфекций мочевыводящих путей.

### **Показания к применению**

- мочекаменная болезнь, кристаллурия
- инфекции мочевыводящих путей (цистит, неспецифический уретрит, пиелит)
- инфекции мочевыводящих путей во время беременности
- профилактика рецидивов камнеобразования
- острые случаи недержания мочи у женщин
- подагра, гиперурикемия

Применение препарата при мочекаменной болезни и кристаллурии не зависит от состава камней и pH мочи, препарат эффективен при оксалатном, уратном, фосфатном уролитиазе. Применение препарата Цистон рекомендуется на фоне повышенного потребления жидкости до 2-2,5 литров в сутки.

### **Противопоказания**

– повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата

– детский возраст до 6 лет

### **Побочные действия**

– возможны аллергические реакции

**Уролесан** — лекарственное средство, применяемое в урологии. Является комбинированным фитопрепаратом. Жидкость от зеленовато-коричневого до коричневого цвета, с характерным запахом мяты.

**Состав.** Уролесан содержит: активные вещества; пихты масло, масло мяты перечной, моркови дикой плодов экстракт жидкий, хмеля шишек экстракт жидкий, душицы травы экстракт жидкий.

Вспомогательные вещества: динатрия эдетат, касторовое масло.

### **Фармакодинамика**

Уролесан относится к группе лекарственных средств, которые способствуют выведению мочевых конкрементов. Составляющие эфирных масел, которые входят в состав препарата, уменьшают воспалительные процессы, способствуют усиленному кровоснабжению почек и печени, оказывают диуретическое, желчегонное и бактерицидное, действие, образуют защитный коллоид в моче, а также нормализуют тонус гладкой мускулатуры верхних мочевых путей и желчного пузыря. Стимулируя почечное и печеночное кровообращение, они вызывают увеличение моче- и желчевыделение. Препарат обладает выраженным противовоспалительным эффектом, способствует оттоку желчи, выведению песка и камней из почек,

мочевого и желчного пузыря. Препарат проявляет также мягкие седативные свойства, что очень важно при отхождении конкрементов.

### **Показания к применению**

- острые и хронические инфекции мочевыводящих путей и почек (циститы и пиелонефриты);
- мочекаменная болезнь;
- хронические холециститы, дискинезии желчных путей.

### **Противопоказания**

- повышенная чувствительность к компонентам препарата
- гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- дети в возрасте до 7 лет

### **Побочные действия**

- со стороны пищеварительного тракта: тошнота, рвота, диарея, боль в животе;
- аллергические реакции: чувство зуда, покраснение лица, кожная сыпь, ангионевротический отек;
- со стороны центральной и периферической нервной системы: головокружение, общая слабость;
- со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, гипотензия.

## **Сравнительный анализ фармакологических свойств фитопрепаратов, применяемых при заболеваниях мочевыделительной системы**

Фитотерапия имеет ряд существенных преимуществ перед использованием синтетических медикаментозных химиопрепаратов. Лекарственные растения, как правило, хорошо переносятся больными, не оказывают нежелательного побочного действия, их можно применять длительный период времени (при необходимости терапия продолжается в течение 1-2 лет), особенно при хронических заболеваниях, не приводя к

гиповитаминозу и дисбактериозу. Они хорошо сочетаются друг с другом и могут оказывать влияние на различные органы и системы, что позволяет лечить одновременно сопутствующие заболевания внутренних органов (желудка, печени, почек и др.).

Таблица 1. Сравнительная характеристика фитопрепаратов

Торговое название, форма выпуска	Состав лекарственного препарата	Фармакологическое действие	Возможные побочные эффекты
Фитолизин – паста для приготовления суспензии для приёма внутрь	сгущенный экстракт смеси: золотарника европейского травы, хвоща травы, птичьего травы, пырея ползучего корневищ, лука репчатого шелухи, березы листьев	нефролитолитическое, спазмолитическое и диуретическое	возможны аллергические реакции, иногда – тошнота
Цистон – таблетки	экстракты: цветков двуплодника стебелькового, стеблей камнеломки язычковой, стеблей марены сердцелистной, корневищ сыти пленчатой, семян соломоцвета шероховатого, надземной части оносмы прицветковой, целого растения вероники пепельной	противомикробное, спазмолитическое, противовоспалительное, нефролитолитическое, антисептическое, диуретическое	возможны аллергические реакции

В таблице приведены два фитопрепарата, применяемые при заболеваниях мочевыделительной системы для сравнения. При сравнении их фармакологических свойств было отмечено, что у фитопрепарата Цистон более обширный фармакологический спектр действия, чем у фитопрепарата Фитолизин. Также, лекарственная форма Цистона более удобна в применении. Составы этих препаратов различны, но они оба эффективны в лечении. Возможные побочные эффекты фитопрепаратов идентичны - аллергические реакции, поэтому гиперчувствительным людям противопоказаны.

В ходе дальнейшего исследования был проведен сравнительный анализ фитопрепаратов Канефрон и Цистенал.

В таблице приведены два фитопрепарата, применяемые при заболеваниях мочевыделительной системы для сравнения. При сравнении их фармакологических свойств видим, что у данных фитопрепаратов схожие фармакологические действия, по составу они различны, но оба достигают нужного лечебного действия. Возможные побочные эффекты у фитопрепарата

Канферон –это аллергические реакции и расстройства ЖКТ, тоже самое и у фитопрепарата Цистенал. Можем сделать вывод, что из всех препаратов, применяемых при заболеваниях мочевыделительной системы «лидером» является Цистон, так как его фармакологические свойства отлично справляются с данными заболеваниями, а также его побочные эффекты менее губительны для организма, чем у других препаратов.

Таблица 2. Сравнительная характеристика фитопрепаратов

Торговое название, форма выпуска	Состав препарата	лекарственного	Фармакологическое действие	Возможные побочные эффекты
Канефрон – таблетки, покрытые оболочкой	Действующие вещества: Золототысячника трава + Любистока корень + Розмарина листья	лекарственного	Диуретическое средство растительного происхождения	возможны аллергические реакции, расстройства ЖКТ (тошнота, рвота, диарея)
Цистенал – капли для применения внутрь	Настойка корня марены красильной, магния эфирные масла, этанол	лекарственного обыкновенного	Диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное	изжога, тошнота, рвота, дисфункция кишечника

**Анализ аптечного ассортимента фитопрепаратов, предназначенных для лечения заболеваний мочевыделительной системы**

Исследование аптечного ассортимента фитопрепаратов, предназначенных для лечения и профилактики инфекций мочевыводящих путей заключается:

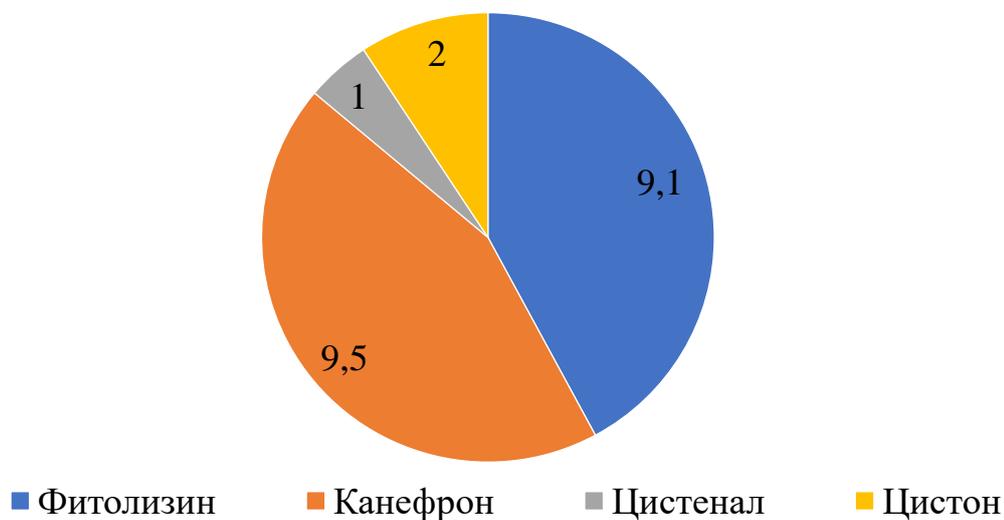
1. В анализе ассортимента фитопрепаратов в аптеке;
2. В изучении потребительского мнения по данному вопросу.

Исследования проводились в крупной аптечной сети города Ставрополя ООО «Бережная аптека «Апрель»».

Таблица 3. Ассортимент фитопрепаратов, предназначенных для лечения заболеваний мочевыделительной системы в аптечном пункте «Апрель»

Наименование препарата	Производитель	Цена	Клубная цена
Фитолизин	Гербаполь Варшава ООО, Польша	856 Р	515 Р
Канефрон	Бионика АГ, Германия	1049 Р	742 Р
<b>Цистенал</b>	<b>Чехия Galena a. s.</b>	<b>Р</b>	<b>Р</b>
Цистон	Хималайя Веллесс Компани, Индия	894 Р	627 Р

Общая картина анализа ассортимента фитопрепаратов, предназначенных для лечения заболеваний мочевыделительной системы представлена в таблице 3.



На диаграмме показана стоимость фитопрепаратов, самыми дорогостоящими являются «Канефрон» и «Цистон», их цена обусловлена страной изготовителя.

Следующим этапом исследования стало анкетирование потребительского предпочтения фитопрепаратов для лечения заболеваний мочевыделительной системы.

Таблица 4. Анкета выявления потребительского предпочтения

Вопрос	Варианты ответа
Укажите ваш возраст	1. До 20 лет; 2. от 20 лет до 30 лет; 3. от 30 лет до 45 лет; 4. от 45 лет до 55 лет; 5. старше 55 лет
Укажите ваш пол	1. Мужской 2. Женский
Применяете ли вы фитопрепараты для лечения заболеваний мочевыделительной системы?	1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь с ответом
Считаете ли вы фитопрепараты для лечения заболеваний	1. Да, считаю 2. Эффективны для профилактики, но не для лечения

мочевыделительной системы 3. Считаю не эффективным средством?

Вы используете фитопрепараты?

4. Затрудняюсь ответить

1. По назначению врача

2. По предложению в аптеке

3. По совету родных и знакомых

4. По совету в Интернете

5. Не пользуюсь

6. Иной вариант ответа

Важно отметить, что в опросе приняли участие люди разных возрастов.

Преобладают участники возрастом от 45 до 55 лет.

Из графика видно, что 76% опрошенных составляют женщины.

На вопрос «*Применяете ли вы фитопрепараты для лечения заболеваний мочевыделительной системы?*» отметим, что 68% участников приобретают фитопрепараты для лечения заболеваний мочевыделительной системы.

Анализ ответов на вопрос «*Считаете ли вы фитопрепараты для лечения заболеваний мочевыделительной системы эффективным средством?*» большинство участников (61%) считают фитопрепараты эффективным средством; 25% опрошенных считают эффективными только для профилактики инфекций мочевыводящих путей; 9% считают, не эффективным при данных заболеваниях; 5% затрудняются с ответом.

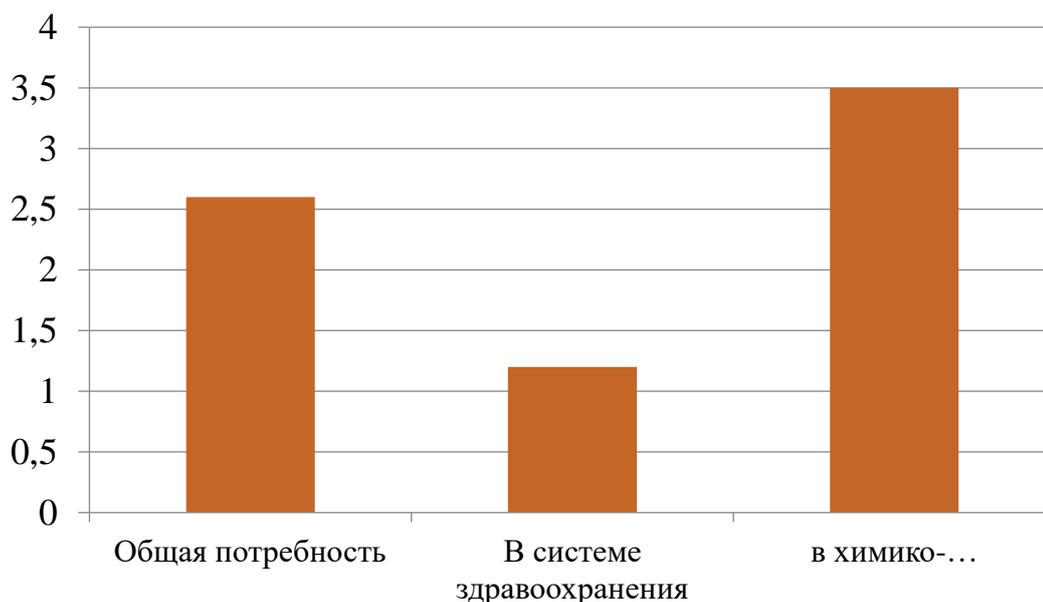
«*Вы используете фитопрепараты?*». Важно отметить, что 48% участников используют фитопрепараты по назначению врача, а не занимаются самолечением. Доверяют фармацевтам 15% опрошенных, мотивируя свой ответ тем, что в аптеках редко рекомендуют лекарственное растительное сырье, предпочитая продажу более дорогих лекарственных препаратов. Используют фитопрепараты по совету родных и знакомых 25%, а 8% доверяют информации в Интернете. Заниматься самолечением - одна из особенностей наших людей. Не используют фитопрепараты, и иной вариант ответа выбрали по 2% участников, объясняя свой выбор тем, что заболевания мочевыделительной системы нужно лечить только лекарственными

препаратами (таблетками) или имеют противопоказания для приема лекарственного растительного сырья (аллергия).

Подводя итоги исследования можно сделать выводы: большая часть опрошенных считают фитопрепараты эффективными и используют их для лечения и профилактики заболеваний мочевыделительной системы.

На следующем этапе был проведен анализ состояния рынка фитопрепаратов в России.

В течение всех периодов развития фармацевтического рынка не ослабевал интерес научной медицины к лекарственным растениям, как к источнику сырья для производства эффективных и безопасных ЛП. В нашей стране за последние годы не только в несколько раз увеличилось число производителей, занимающихся выпуском фитопрепаратов, но и возросло количество потребителей, использующих терапию с помощью ЛРП, как более мягкий, безопасный и комплексный способ лечения.



На сегодняшний день в России интерес к лекарственным растениям, как к источнику сырья для производства эффективных и безопасных фитопрепаратов, является стабильным, несмотря на различные периоды в развитии российской фармации и изменения экономической ситуации в нашей стране.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, АССОРТИМЕНТА И СПРОСА ФИТОПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ**

Во всем мире кишечными паразитами инфицировано около 1,5 миллиарда человек, или 24% мирового населения. Такие инфекции широко распространены в тропических и субтропических районах, причем самые высокие показатели инфицирования приходятся на Африку к югу от Сахары, страны Америки, Китай и Восточную Азию. [11]

В России ежегодно регистрируется до 1,5 млн. случаев этих заболеваний. Заболевания, вызываемые паразитами червями-гельминтами, находящимися в организме человека, называют гельминтозами. Нужно сказать, что паразитировать в теле человека могут более 250 видов гельминтов. К наиболее часто встречающимся гельминтозам относят аскаридоз, энтеробиоз и дифиллоботриоз. Человек может заразиться паразитами непосредственно через собственные грязные руки, через употребление невымытых или плохо вымытых овощей, фруктов, зелени. Недостаточно обработанных термически мясных, рыбных продуктов, дичи и т.д. Источником заражения могут стать домашние животные. Заболеть можно, просто выпив воды из открытого водоема.

Лечение гельминтозов – это применение специфических противопаразитарных лекарственных средств в зависимости от вида возбудителя. Однако, синтетические противопаразитарные средства оказывают системное токсическое воздействие на организм, особенно на кроветворение, иммунную систему, печень, почки, нередко вызывают аллергические реакции. Возникающие после лекарственной терапии паразитозов иммунодефицит и дисбактериоз делают организм более уязвимым к повторному заражению паразитами. [1]

Тысячелетний опыт народной медицины в лечении гельминтозов лекарственными растениями и современные научные исследования свойств этих растений доказали высокую противопаразитарную активность растительных средств, что является основанием для широкого внедрения их в практику лечения паразитарных заболеваний.[3] На сегодняшний день выявлены и исследованы противопаразитарные свойства многих лекарственных растений. Противопаразитарная активность лекарственных растений, также, как и синтетических противопаразитарных средств, видоспецифична, то есть разные лекарственные растения действуют на разные виды паразитов. Поэтому, к сожалению, нет одного лекарственного растения, которое обладало бы универсальным противопаразитарным действием на любые виды паразитов. [10]

В случаях, когда без синтетических лекарственных веществ лечение невозможно, применение фитопрепаратов в комбинации с химиотерапевтическими способствует более быстрому лечению гельминтозов и позволяет избежать осложнений. [11]

Целью работы является проведение сравнительного анализа основных характеристик фитопрепаратов, применяемых при кишечных паразитах.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить литературные источники, характеризующие гельминтозы, их причины, симптомы, стратегию лечения

- 2.Изучить лекарственные растения, входящие в состав фитопрепаратов, применяемых при гельминтозах.

- 3.Провести сравнительный анализ фармакологических характеристик препаратов, применяемых при гельминтозах.

4. Провести анализ ассортимента препаратов, применяемых при кишечных паразитах в аптечных сетях г. Ставрополя и спроса на них.

Гельминтозы (глистные инвазии) – паразитарные заболевания человека, вызванные кишечными паразитами (червями-гельминтами).

Характер течения гельминтозов: хроническое течение, медленное развитие, длительные периоды хорошего самочувствия.

Многие виды гельминтов селятся в желудочно-кишечном тракте человека, причем каждый вид выбирает в качестве места обитания определенные его отделы.

Симптомы: различные гельминтозы характеризуются разными сроками проявления заболевания. При аскаридозе признаки болезни видны на 2-3 день, при большинстве других гельминтозов – спустя 2-3 недели.

Характерные признаки заражения: лихорадка, отеки, рецидивирующие зудящие высыпания на коже, увеличение лимфоузлов, повышение лейкоцитов в крови, миалгия, артралгия, симптомы поражения легких, увеличение в размерах селезенки и печени, боли в животе, диспептические расстройства, могут наблюдаться разной степени выраженности симптомы поражения нервной системы.

Хроническое течение заболевания как правило протекает бессимптомно. Признаки заболевания могут проявляться при наличии гельминтов крупных размеров: лентец широкий, аскариды, тенииды и т.д. [4]

*Классификация паразитов:*

1. По распространенности: убиквитарные (встречаются повсеместно); тропические (только в тропических климатических зонах)

2. По биолого-эпидемиологическим свойствам: геогельминтозы (паразиты сначала развиваются в организме человека, а затем в почве); биогельминтозы (биологический цикл развития паразита обязательно проходит в организме других живых существ, кроме человека); контактные гельминтозы (паразиты выделяются из организма человека зрелыми и заражают другого человека или повторно своего же хозяина).

3. По локализации в организме хозяина: просветные (паразиты живут в полостях человека, например в полости кишечника); тканевые (обитают в тканях организма)

4. По месту пребывания на хозяине: наружные (комары, слепни, пиявки, вши, клещи); внутренние: круглые черви (нематоды – аскариды, филярия, власоглав, острицы, стронгилоиды, анкилостомиды, трихинеллы), плоские черви (трематоды – описторхи, фасциолы, шистосомы; цестоды – бычий и свиной цепни, карликовый цепень, широкий лентец, эхинококк), протозойные (лямблии, амебы). [9]



Рисунок 1. Виды гельминтозов

#### *Локализация паразитов в организме человека*

Паразиты могут паразитировать во всех тканях и органах человека: в желудочно-кишечном тракте, печени, поджелудочной железе, почках, головном мозге, глазах, коже, легких, сердце, суставах, мышцах, позвоночнике.

#### *Стратегия лечения гельминтозов*

Базовое лечение паразитарных заболеваний – это применение специфических противопаразитарных лекарственных средств в зависимости от вида возбудителя: декарис, вермокс, пирантел, бильтрицид, макмирор, метронидазол, тинидазол, тиберал, альбендазол и др. [8]

Кроме того, в комплекс лечения обязательно включают десенсибилизирующие и дезинтоксигирующие средства, желчегонные препараты, спазмолитики, послабляющие средства, гепатопротекторы, биопрепараты. Но все эти препараты имеют один большой недостаток, они очень токсичны. [1]

В настоящее время проводится активный поиск новых альтернативных лекарственной терапии средств и методов лечения, которые были бы менее токсичны и не требовали стационарного лечения. Методом выбора в лечении паразитарных заболеваний является фитотерапия, которая имеет ряд преимуществ:

- Широкий спектр биологических эффектов
- Полифункциональное действие
- Системное воздействие на организм
- Низкая токсичность
- Мягкость действия
- Хорошая усвояемость организмом
- Возможность длительного применения без риска возникновения

побочных эффектов. [6]

Для лечения гельминтозов, вызванных различными формами паразитов применяют лекарственные растения и фитопрепараты, убивающие паразитов, препятствующие их росту и размножению, снимающие интоксикацию и восстанавливающие нормальную работу органов. В теоретической части работы изучены наиболее часто применяемые лекарственные растения этой группы: хвощ полевой, пижма обыкновенная, полынь горькая, зверобой продырявленный, соснурия иволистная, сушеница топяная, гвоздика, осина. [2]

Все эти растения имеют сложный химический состав, содержат: алкалоиды, флавоноиды, сапонины, кумарины, горечи, гликозиды, дубильные вещества, эфирные масла и в следствии этого обладают комплексным противовоспалительным, противомикробным, спазмолитическим, противопаразитарным действием. Их преимущество в том, что при их употреблении в организм человека поступает целый комплекс родственных ему биологически активных соединений. Они влияют на организм мягче, чем синтетические препараты, лучше переносятся. [5]

Для лечения различного рода гельминтозов часто назначаются врачами и активно применяются населением фитопрепараты. Именно к таким фитопрепаратам относятся: Паразинол, Тройчатка Эвалар, Фитохин и Гельмипаль. [7]

Эти лекарственные средства являются комплексными препаратами, но у кого – то ингредиентов больше, у кого – то меньше. Больше всего экстрактов растений и их действующих веществ входит в препарат Фитохин (7), в препарате Гельмипаль 5 ингредиентов, у Паразинола – 4, а в препарате Тройчатка Эвалар их всего 2 (рисунок 2).

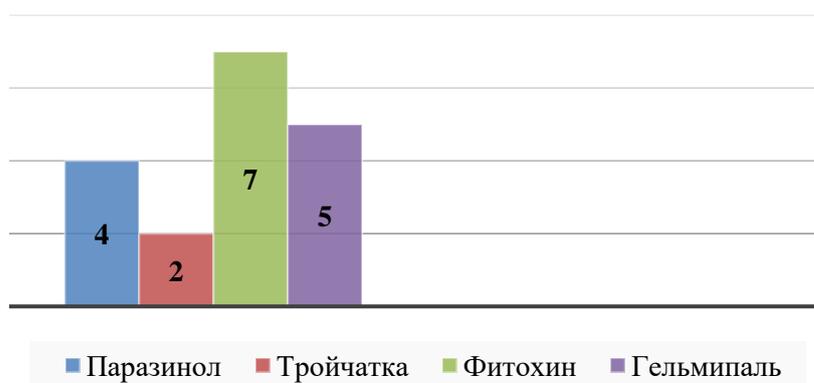


Рисунок 2. Соотношение действующих веществ препаратов

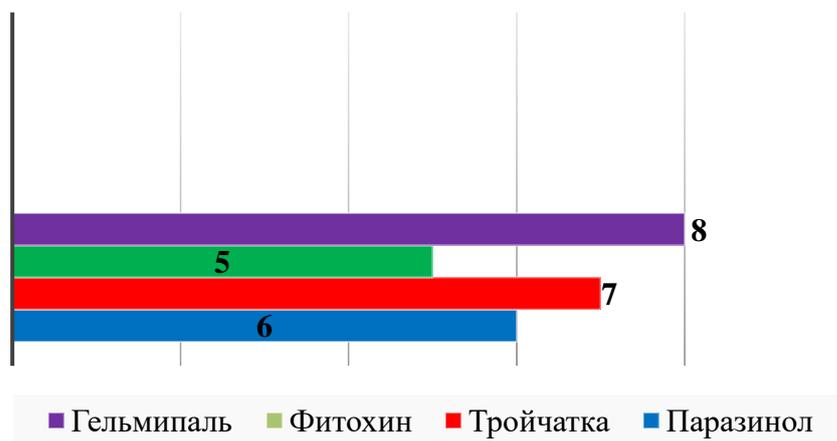


Рисунок 3. Широта фармакологической активности препаратов

Препараты: Паразинол, Тройчатка Эвалар, Фитохин и Гельмипаль, применяемые для лечения гельминтозов, также, как и лекарственные растения, входящие в их состав, обладают комплексным противопаразитарным, противоглистным, противовоспалительным, спазмолитическим,

противомикробным, желчегонным, антитоксическим, антисептическим, иммуномодулирующим действием, не вызывают привыкания, зависимости. Сравнивая фармакологический эффект этих препаратов необходимо отметить, что наибольшей широкой фармакологической активностью обладает препарат Гельмипаль (рисунок 3).

Эти фитопрепараты фактически не имеют побочных эффектов и противопоказаний, за исключением индивидуальной непереносимости, беременности периода лактации. И только Гельмипаль, хоть он и является БАДом, помимо общих перечисленных противопоказаний, нельзя применять еще при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (рисунок 4).

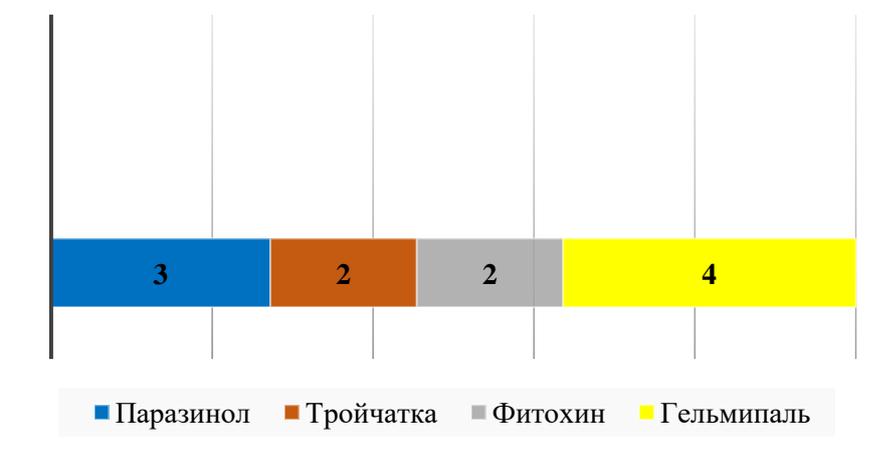


Рисунок 4. Соотношение противопоказаний препаратов: Паразинол, Тройчатка Эвалар, Фитохин и Гельмипаль

Чтобы избавиться от гельминтов, используются лекарственные препараты узкого и широкого спектра действия. Их назначение осуществляется лечащим врачом в зависимости от степени зараженности глистами. Качественные медикаменты в большинстве своем демонстрируют положительный результат и при этом их активные компоненты никак не влияют на состояние человека.

Поскольку, фитопрепараты практически не вызывают побочных эффектов, их можно назначать длительно как в качестве самостоятельного лечения, так и в сочетании с другими лекарствами. Эти препараты не отличаются по эффективности от синтетических, но при этом оказывают

меньше побочных эффектов, редко вызывают аллергию и не вызывают привыкания.

В ассортименте аптек наиболее широко представлены средства, применяемые при кишечных нематодозах. Эта группа включает как лекарственные средства растительного происхождения, так и синтетические препараты. Средства, применяемые при внекишечных гельминтозах, являются малочисленными и объединяют только лекарственные препараты синтетического происхождения. Большинство препаратов зарегистрировано российскими производителями (73%), а 27% - иностранными (рисунок 5).

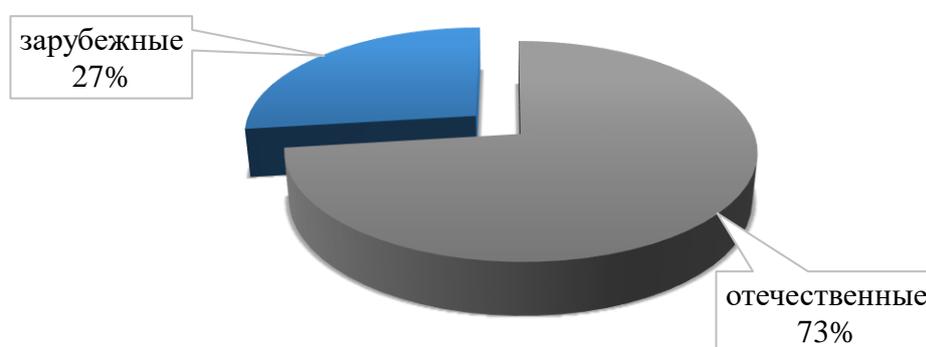


Рисунок 5. Соотношение отечественных и зарубежных противогельминтных препаратов

Иностранные производители представлены странами ближнего и дальнего зарубежья. Среди иностранных производителей наибольшее число регистраций приходится на индийские компании. Исследования ассортимента по составу показали, что все синтетические препараты являются монокомпонентными, а фитопрепараты в основном комплексные.

Анализ антигельминтных препаратов по видам лекарственных форм показал, что противоглистные препараты выпускаются в различных лекарственных формах.

Как показано на рисунке 6, 61,5% зарегистрированных торговых наименований выпускаются в виде твердых лекарственных форм, представленных в форме таблеток (таблетки, таблетки, покрытые оболочкой,

таблетки жевательные). Жидкие лекарственные формы занимают 15,5% всей номенклатуры (представлены только в виде суспензий для приема внутрь).

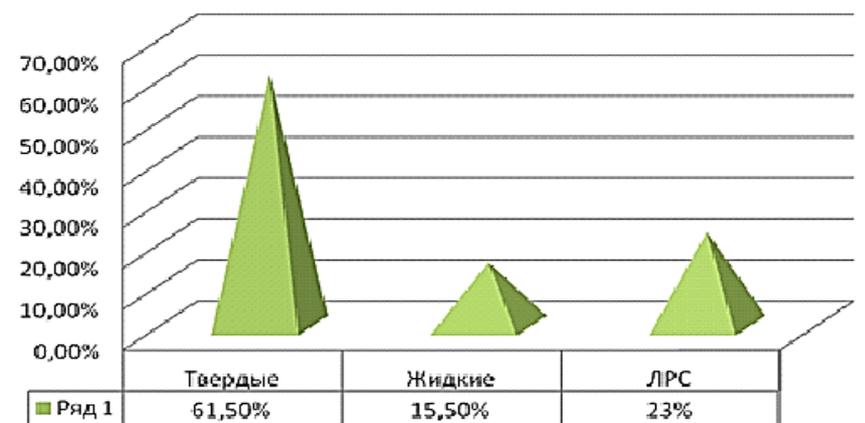


Рисунок 6. Соотношение видов лекарственных форм

Удельный вес лекарственных препаратов из растительного сырья составляет 23% (измельченное растительное сырье и сырье в фильтр-пакетах). Врачи-специалисты отмечают, что детям рекомендовано применение лекарственных форм в виде суспензии.

Был проведен анализ ассортимента фитопрепаратов: Паразинол, Тройчатка Эвалар, Фитохин и Гельмипаль, применяемых при гельминтозах, ценовой политики по ним и спроса в аптечных сетях г. Ставрополя. Для данного исследования были выбраны крупные аптечные сети г. Ставрополя: ООО «БИОЛЮКС», ООО «Дельта», ООО «Бережная аптека «Апрель»».

Не все лекарственные препараты имеются в наличии в аптечных сетях г. Ставрополя. Препарата Паразинол нет в наличии, но его можно предварительно заказать. Аптеки не включают его перечень препаратов, постоянно присутствующих в ассортименте из-за отсутствия спроса. Он выпускается в основном в виде настойки, что не очень удобно в применении, да к тому же еще и горький на вкус. Остальные препараты присутствовали в ассортименте аптек в различном количестве.

Все препараты: Паразинол, Тройчатка Эвалар, Фитохин и Гельмипаль, применяемые для лечения гельминтозов, производятся в России. И если Паразинол и Тройчатка Эвалар лекарственные препараты, то Фитохин и Гельмипаль являются БАДами.

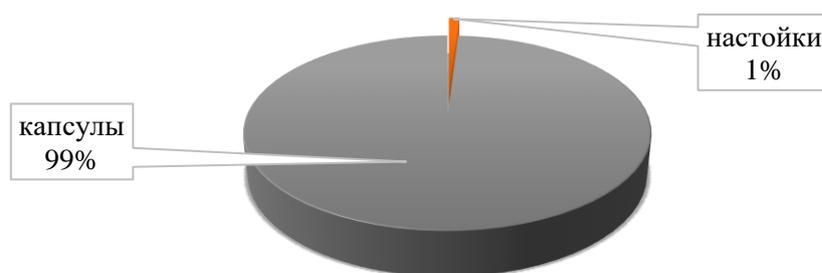


Рисунок 7. Анализ ассортимента препаратов по лекарственной форме. Они выпускаются в основном в капсулах, что очень удобно для применения. Исключение составляет препарат Паразинол, он выпускается как в капсулах, так и в настойке. Но гораздо чаще в форме настоек. (рисунок 7).

Провели анализ потребителей противогельминтных препаратов по возрастным категориям (рисунок 8)

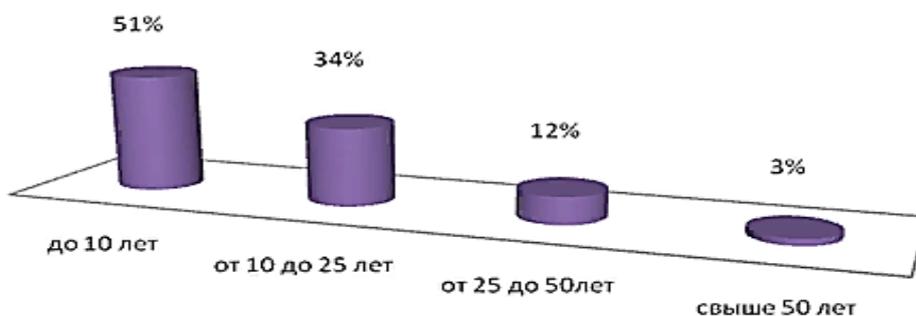


Рисунок 8. Возрастные категории потребителей противогельминтных лекарственных средств

Данные рисунка свидетельствуют о том, что, с увеличением возраста число пациентов с глистной инвазией снижается. Основное количество больных с глистной инвазией находится в возрастной группе до 10 лет (51%) и в группе от 10 до 25 лет (34%). Возрастная группа больных свыше 50 лет незначительна и составляет всего 3%.

Цены на фитопрепараты, применяемые для лечения гельминтозов не высокие, вполне доступные для разных групп населения. БАДы оказались дороже, чем фитопрепараты. Цена является важным критерием выбора лекарственного препарата наряду с его эффективностью.

Изучены потребительские предпочтения по видам лекарственных форм противоглистных препаратов. 84% респондентов чаще приобретают твердые

лекарственные формы. Для 16% не имеет значение вид лекарственной формы (рисунок 9).

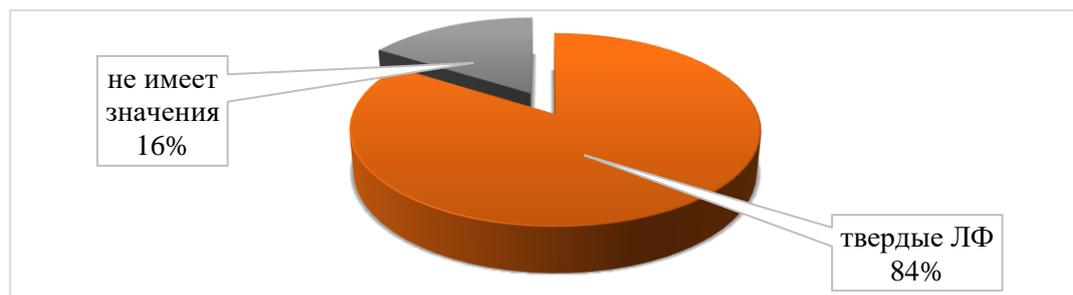


Рисунок 9. Потребительские предпочтения

Были проанализированы причины назначения противоглистных препаратов. 52% респондентов назначают противоглистные препараты для профилактики глистных инвазий и 48 % - непосредственно для лечения заболевания (рисунок 10).



Рисунок 10. Причины приобретения препаратов

По результатам проведенных в работе исследований можно сделать следующее заключение:

□ Гельминтозы, это серьезные заболевания, которые могут привести к смертельному исходу. Лечение гельминтозов – это применение специфических противопаразитарных лекарственных средств в зависимости от вида возбудителя. Наряду с синтетическими препаратами для их лечения применяют фитопрепараты.

□ Фитопрепараты: Паразинол, Тройчатка Эвалар, Фитохин и Гельмипаль, часто применяемые для лечения гельминтозов, также, как и лекарственные растения, входящие в их состав, обладают комплексным противопаразитарным, противоглистным, противовоспалительным,

спазмолитическим, противомикробным, желчегонным, антитоксическим, антисептическим, иммуномодулирующим действием. Они практически не вызывают побочных эффектов и практически не имеют противопоказаний, их можно назначать длительно как в качестве самостоятельного лечения, так и в сочетании с другими лекарствами. Эти препараты не отличаются по эффективности от синтетических, но при этом оказывают меньше побочных эффектов, редко вызывают аллергию и не вызывают привыкания.

□ Удельный вес противоглистных лекарственных препаратов из растительного сырья составляет 23% от всего ассортимента препаратов данной группы. Анализ потребителей противогельминтных препаратов по возрастным категориям свидетельствуют о том, что, с увеличением возраста число пациентов с глистной инвазией снижается. Чуть большему количеству посетителей назначают противоглистные препараты для профилактики глистных инвазий чем непосредственно для лечения заболевания.

□ Анализ антигельминтных препаратов по видам лекарственных форм показал, что противоглистные препараты выпускаются в различных лекарственных формах, но преобладают, все-таки, твердые, да и потребители предпочитают выбирать именно их, из – за удобства применения. Цена является важным критерием выбора лекарственного препарата наряду с его эффективностью. Все вышеизложенное показывает, что гельминтозы широко распространены и вызывают ряд серьезных заболеваний. А наличие в аптечной организации достаточного количества антигельминтных препаратов способствует своевременному и качественному лечению данной патологии.

Список использованных источников:

1. А. М. Бронштейн, Н. А. Малышев. «Гельминтозы человека» Москва 2017 г. -109 с.

2. Бычкова Н.К., Краснов Е.А., Нурмухаметова К.А. и др. «Фармакологические исследования сосюреи иволистной», тезисы доклада международной конференции «Разработка и внедрение новых лекарственных

средств и организационных форм фармацевтической деятельности», Томск, 2016 г. – С -132-133

3.

4. Водянов А. А., Луцук С. Н., Толоконников В. П. Морфология, биология и лабораторная диагностика возбудителей инвазионных болезней. В 3 частях. / Часть I. / СГАУ // Ставрополь: АРГУС, 2018 г. -84 с.

5. Жохова Е.В. Фармакогнозия, 2018 г. 169 - 174с.

6. Кукес В.Г. Фитотерапия с основами клинической фармакологии. - М., 2017 г. - 424с.

7. Куркин В.А., Авдеева Е.В., Правдивцева О.Е., Куркина А.В., Браславский В.Б., Рыжов В.М., Стеняева В.В., Егоров М.В., Варина Н.Р., Афанасьева П.В., Шарова О.В., Тарасенко Л.В. Основы фитотерапии: учебное пособие для студентов фармацевтических факультетов медицинских вузов. – Самара: ООО «Офорт»: ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 2019 г.

8. Михайлов И.В. Современные препараты из лекарственных растений. Астрель. 2018 г. – 64-71 с.

9. М. В. Северин, Д. Н. Понамарев, В. М. Борзунов, Т. Б. Третьякова. Методы диагностики наиболее распространенных протозоозов и гельминтозов Екатеринбург 2019 г. -71с.

10.[Электронный доступ], Режим доступа <https://bz-crimea.ru/p391586371-protivogelmintnyj-preparat.html>

11. [Электронный доступ], Режим доступа <http://bolezni.ru/index.php>

*Ларина М.Р.  
Руководитель преподаватель  
высшей категории Стрилец М.В.*

## **АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ СРЕДСТВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ**

Заболевания органов дыхания являются одной из наиболее важных проблем в амбулаторной практике. Занимают одно из первых мест

(50-73%) в структуре заболеваемости взрослых и детей. Кашель – одно из самых частых проявлений заболеваний респираторного тракта.

**Актуальность:** в настоящее время проблема выбора препаратов для лечения кашля является актуальной ввиду широкого распространения заболеваний дыхательных путей, а также опасностей, связанных с самолечением, которое демонстрирует население в связи с проявлениями кашля. Некоторая часть населения даже и не задумывается, что из-за подбора неправильного лекарственного препарата кашель можно не долечить, и это станет причиной серьезных осложнений, которые представляют опасность для здоровья.

Выбор противокашлевого препарата должен проводиться индивидуально с учетом механизма действия, противокашлевой эффективностью препарата, риска возникновения побочных эффектов, наличия сопутствующей патологии, возможных противопоказаний для этого перед применением необходимо обязательно проконсультироваться со специалистом, чтобы не было осложнений.

Кашель (tussis) – сложнорефлекторный защитный акт, направленный на очищение дыхательных путей от инородных частиц или мокроты. Раздражение кашлевого центра в продолговатом мозге (отдел головного мозга) или слизистой оболочки респираторного тракта вызывает непроизвольный кашель. Такой кашель возникает при многих заболеваниях органов дыхания. Наиболее чувствительные к раздражению зоны находятся в гортани, трахее, крупных и средних бронхах. Кроме того, кашель может быть вызван или подавлен произвольно, поскольку формирование кашлевого рефлекса находится под контролем коры головного мозга.

Кашель бывает продуктивный (с мокротой) и непродуктивный (сухой). Поскольку раздражающий непродуктивный кашель бесполезен, его лучше подавлять.

Кашель возникает при воспалении верхних дыхательных путей, пневмонии, бронхите, трахеите, бронхопневмонии, туберкулезе. Кашель

способствует процессу самоочищения бронхов от слизи, мокроты, пыли. Кашель нарушает сон и изнуряет больных. Повышение давления в легких при кашле в течение длительного периода может привести к растяжению легочной ткани (эмфиземе) и нарушению кровообращения. Кашлевой рефлекс осуществляется при участии кашлевого центра, расположенного в продолговатом мозге, и тесно связан с дыхательным центром.

Основные причины возникновения кашля:

- Инфекционно-воспалительные процессы в верхних и нижних отделах дыхательных путей;
- Аллергическое воспаление слизистых респираторного тракта;
- Бронхоспазм;
- Обструкция дыхательных путей вязким бронхиальным секретом, аспирированными инородными телами, жидкостями, эндогенными и экзогенными образованиями и т.д.;
- Отек легочной паренхимы;

Учитывая то, что кашель является одним из проявлений, нередко единственным, какого-либо заболевания или патологического состояния попытки устранения данного симптома без объяснения его причины, безусловно ошибочны. При установлении природы кашля в первую очередь необходимо проведение этиотропного или патогенетического лечения основного заболевания. Параллельно может проводиться и симптоматическая терапия кашля, которая является и противокашлевой, то есть предотвращающей, управляющей и подавляющей кашель, или отхаркивающей (прокашлевой), то есть обеспечивающей большую эффективность кашля.

Общие принципы лечения кашля:

- Устранение причины кашля;
- Определение качества кашля: сухой/влажный;
- Клинические проявления кашля;
- Индивидуальные особенности пациента;

- Свойства назначаемых препаратов;

Для лечения сухого кашля используют противокашлевые препараты. Такие средства угнетают кашлевой центр в продолговатом мозге или уменьшают чувствительность слизистой оболочки дыхательных путей к раздражителям:

- Препараты, угнетающие кашлевой центр;
- Препараты, уменьшающие чувствительность слизистой оболочки дыхательных путей к раздражителям;

В основе механизма действия противокашлевых лекарственных средств лежит подавление кашлевого рефлекса. При этом эффект достигается либо за счет снижения чувствительности рецепторов чувствительных окончаний n.vagus, представленных в органах дыхания, или в результате угнетения кашлевого центра продолговатого мозга

Противокашлевыми называют средства, которые действуют на различные звенья кашлевого рефлекса и уменьшают частоту и интенсивность кашля.

Противокашлевые средства применяют в тех случаях, когда кашлевая реакция не обусловлена необходимостью удаления секрета (мокроты) из дыхательных путей (сухой кашель).

В зависимости от точки приложения различают противокашлевые препараты центрального и периферического действия.

Противокашлевые средства центрального действия подавляют кашлевой рефлекс, угнетая соответствующие участки продолговатого мозга.

Основными средствами этой группы являются производные морфина – кодеин и этилморфин, бугамират, глауцин, окселадин и преноксдиазин. Очень важно, чтобы при этом оставался незатронутым дыхательный центр, который также находится в продолговатом мозге. Кроме кодеина и этилморфина, остальные препараты этой группы не угнетают дыхательный центр. Преноксдиазин к тому же снижает чувствительность слизистой оболочки дыхательных путей (местноанестезирующее действие), где находятся

чувствительные к раздражению зоны. Противокашлевые при сильном влажном кашле не применяются т.к. может развиваться отек легких

Все противокашлевые лекарственные средства, в зависимости от фармакодинамических особенностей, делят на препараты центрального и периферического действия. В свою очередь среди противокашлевых лекарственных средств центрального действия выделяют наркотические и ненаркотические препараты

При сильном непродуктивном кашле, особенно мучительном (у онкологических больных, при патологии плевры, в начале гриппа), применяются противокашлевые препараты. По механизму действия они подразделяются на лекарства центрального наркотического и ненаркотического действия, вызывающие торможение кашлевого центра, и периферического действия, снижающие чувствительность кашлевых рецепторов (местные анестетики, препараты комбинированного действия и лекарства, подавляющие высвобождение нейропептидов путем ингибирования проведения нервных импульсов по С-волокам).

Наиболее известным противокашлевым препаратом наркотического действия является кодеин и морфина гидрохлорид. Резко ограничивает его применение, как и других медикаментов этой группы, привыкание к ним. В настоящее время они назначаются главным образом онкологическим больным

Рассказать про основные показания кодеина и морфина г/х и противопоказания. Препараты: Кодеина фосфат, Терпинкод, Кодтерпин, Морфина гидрохлорид, Дионин

Наркотические лекарственные средства и психотропные вещества в силу своей специфичности не могут свободно продаваться в аптеках. Согласно приказу Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 1093н (ред. От 24.11.2021) наркотические средства и психотропные вещества отпускаются по рецепту врача из аптеки

Ненаркотический препарат центрального действия глауцин не вызывает привыкания и не угнетает дыхания, но его подавляющее кашель

действие выражено слабее. Имеются указания на хороший противокашлевой эффект препаратов периферического действия, особенно лекарств, ингибирующих проведение нервных импульсов по С-волокам.

К таким препаратам относятся: Глаувент, Глауцина гидробромид, Тусупрекс, Туссикод, Омнитус, Бутамират, Синекод, Фармакод, Панатус, Коделак, Либексин, Стоптуссин.

Лекарственные растения и сырье, содержащие БАВ, оказывающее противокашлевое действие центрального действия:

- Багульник болотный.
- Мак снотворный.
- Мачок желтый.

При выборе ЛС или в случае необходимости в адекватной замене одного другим следует иметь в виду, что противокашлевое или отхаркивающее действие может сопровождаться другим желательным или нежелательным влиянием на функции иных органов и тканей организма человека, например желчегонным, мочегонным и др.

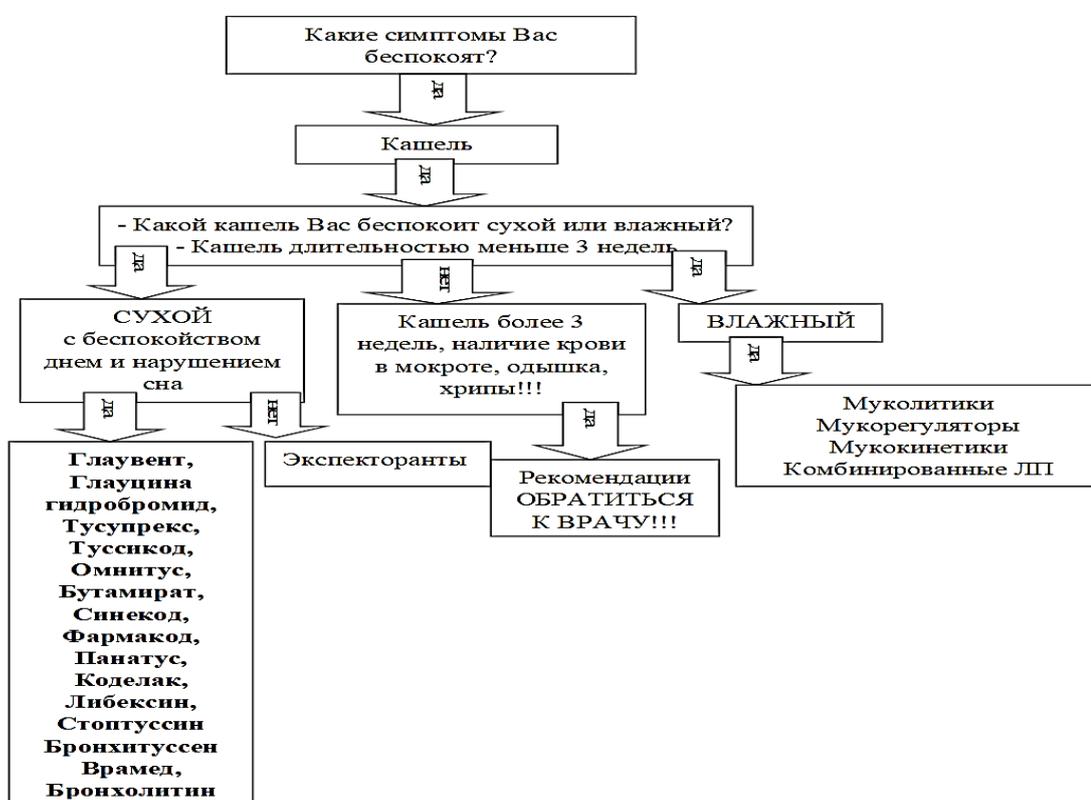


Рисунок 1. Принцип фармацевтического консультирования при кашле

Противокашлевыми средствами называют препараты, уменьшающие кашель благодаря ослаблению или подавлению кашлевого рефлекса.

Противокашлевые средства растительного происхождения обладают центральным действием, угнетают центральные звенья кашлевого рефлекса, локализованные в продолговатом мозге.

Среди противокашлевых ЛРС различают:

- средства наркотического ряда – препараты мака снотворного (кодеин);

- средства ненаркотического ряда – препараты багульника болотного и мачка желтого.

Кроме того, следует обратить внимание посетителя на опасность комбинирования противокашлевых и отхаркивающих препаратов. Эта распространенная ошибка может приводить к скоплению мокроты в дыхательных путях и нарушению ее транспорта из-за блокирования кашлевого рефлекса. Бронхиальная слизь, будучи субстратом для роста и размножения патогенной флоры, запускает процесс развития воспаления легких. Чтобы избежать таких последствий, лучше подбирать препараты от кашля лучше с помощью специалиста – врача, провизора, фармацевта. [6]

Закончить консультацию лучше на оптимистичной ноте, подчеркнув, что современные безрецептурные препараты от кашля, как правило, хорошо переносятся, и пожелав посетителю скорейшего выздоровления.

По результатам изученной литературы и проведенного исследования сделаны следующие выводы и заключения:

Кашель – это защитный механизм. Необходимо оценить характер кашля (продуктивность, интенсивность, степень влияния на состояние больного); определить причину кашля и характер бронхиального секрета (слизистый или гнойный, степень вязкости, «подвижности», количество и др.), выявить наличие или отсутствие бронхоспазма. Кашель бывает продуктивный (с мокротой) и непродуктивный (сухой). Поскольку раздражающий

непродуктивный кашель бесполезен, его лучше подавлять. Именно для этого и применяют противокашлевые средства.

Применение противокашлевых средств центрального действия - это симптоматическая терапия при непродуктивном кашле. В случаях непродуктивного кашля показано назначение ЛП, подавляющих кашель через центр в продолговатом мозге. Лекарственные препараты этой группы могут быть наркотическими и ненаркотическими.

Применение противокашлевых средств центрального действия - это симптоматическая терапия при непродуктивном кашле. В случаях непродуктивного кашля показано назначение ЛП, подавляющих кашель через центр в продолговатом мозге. Лекарственные препараты этой группы могут быть наркотическими и ненаркотическими.

Применение наркотических и ненаркотических лекарственных препаратов центрального действия направлено на подавление непродуктивного кашля, который является симптомом различных заболеваний. Наркотические лекарственные препараты применяются в исключительных случаях по показаниям, вызывают зависимость и отпускаются по рецепту врача. Ненаркотический препарат центрального действия не вызывает привыкания и не угнетает дыхания, но его подавляющее кашлевое действие выражено слабее.

Препараты растительного происхождения центрального действия не следует применять при кашле, сопровождаемом выделением обильной мокроты, так как возможно значительное снижение вентиляции легких. При сухости слизистой оболочки бронхов, вязком и густом секрете бронхиальных желез уменьшить кашель можно путем увеличения секреции слизистой оболочки бронхов и разжижения секрета. С этой целью назначают отхаркивающие средства, в том числе растительного происхождения.

В качестве эффективных средств при сухом изнуряющем кашле, могут быть использованы лекарственные препараты центрального действия, которые обязательно должен назначить врач. При фармацевтическом

консультировании посетителя аптеки, фармацевту можно рекомендовать приобрести такие препараты как, бронхолитин, омнитус, коделак.

*Олимпиаева Анна  
Руководитель преподаватель Тедеева Б.С.*

## **МОНИТОРИНГ ОТНОШЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

На протяжении веков народными лекарями и целителями проверялась эффективность лекарственных трав при различных болезнях. Драгоценный опыт врачевания лекарственными растениями и в настоящее время изучается и используется учеными и врачами при поиске и создании препаратов на основе лекарственного растительного сырья.

Актуальность использования лекарственных растений возросла в последнее десятилетие. Преимущество их перед многими синтетическими препаратами - в комплексном воздействии на организм больного при минимальных побочных и аллергических реакциях. Лекарственные препараты из природных объектов, не только более безвредны, но зачастую и более эффективны, препаратов химического синтеза. Фитопрепараты представляют собой композиции лекарственного растительного сырья или извлечений из него более или менее сложного состава.

Из лекарственного растительного сырья наиболее часто приготавливают галеновые и новогаленовые препараты.

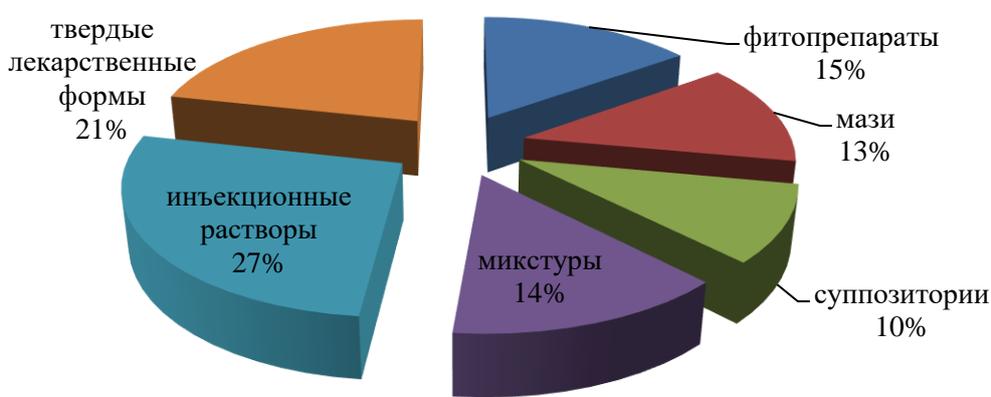
Потребности индивидуальных потребителей являются реальными ориентирами в формировании ассортимента и определении объемов закупок медико-фармацевтических товаров. Одним из условий изучения, прогнозирования и формирования потребности и спроса населения является достоверная статистическая база, которая включает статистику товарооборота, запасов, цен, финансов и т. п. Кроме того, актуальным является исследование принципов потребительского поведения на фармацевтическом

рынке. Для сбора первичной информации используют различные методы, а именно: выборочное наблюдение, эксперимент, опрос, имитацию.

Цель настоящего исследования — изучение отношения потребителей к применению лекарственных средств растительного происхождения при терапии различных заболеваний. Для сбора первичных данных использовался региональный подход и анкетный опрос.

На фармацевтическом рынке фитопрепараты занимают до 15%, что представлено на рисунке 1.

Рисунок 1. Удельный вес фитопрепаратов в аптеке



В ходе экспериментальной части все опрошенные были распределены на три возрастные группы. Первая группа включала 53 лица до 30 лет, вторая — 65 лиц от 30 до 50 лет, третья — 66 лиц старше 50 лет. Среди респондентов преобладали женщины (59,6%). Далее респонденты были опрошены о предпочтениях и частоте использования, имеющих в аптеке фитопрепаратов.

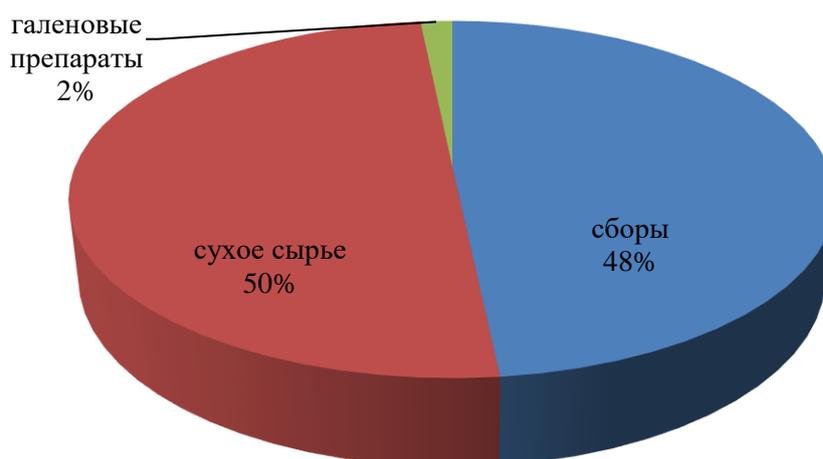
По мнению 59,1% респондентов, будущее фармакотерапии — в сочетании в лечебном процессе синтетических лекарственных средств и препаратов растительного происхождения. Четвертая часть опрошенных отдала предпочтение лишь препаратам растительного происхождения, а чуть более десятой части респондентов — только лекарственным средствам синтетического происхождения.

По данным опроса, 57,3% респондентов изготавливают растительные вытяжки самостоятельно. При этом уровень самостоятельности значительно выше у

респондентов второй и третьей возрастных групп. Для двух пятых опрошенных вытяжки готовит кто-то из родных или в аптеках. Родные чаще всего готовят для респондентов первой возрастной группы. Менее десятой части опрошенных используют растительные вытяжки, приготовленные народными целителями или медицинскими работниками. При этом значимость медицинских работников с возрастом увеличивается.

Изучение ответов на вопрос об исходном сырье для изготовления растительных вытяжек показало, что 48% респондентов отдают предпочтение сборам сухих растений, 50% — сухому монорастительному сырью. Немногим более 2% опрошенных предпочитают вытяжки из свежего монорастительного сырья или сборов.

Рисунок 2. Анализ выбора препаратов из лекарственного растительного сырья



При покупке растительного сырья большинство опрошенных (59,1%) отдает предпочтение фасовке в картонных коробках, при этом указанный показатель для людей старшей возрастной группы составляет 80,3%. Разовые фикс-пакеты предпочитают почти две пятых респондентов, в основном люди младшего и среднего возраста. К растворимым гранулированным фиточаям благосклонно отнеслась треть опрошенных, при этом самый высокий показатель у респондентов первой возрастной группы. Другие виды (полиэтиленовая упаковка, алюминиевая фольга) привлекли около пятой части посетителей аптек.

Чаще фитотерапию используют при заболеваниях органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, заболеваниях печени, почек, поджелудочной железы, сердечно-сосудистой системы и некоторых других.

Рисунок 3.Использование фитопрепаратов при различных заболеваниях



При этом для каждой возрастной группы отмечаются определенные особенности, например: заболевания печени, почек, поджелудочной железы в возрастной группе до 30 и до 50 лет являются третьими по важности, в возрастной группе более 50 лет — четвертыми. В свою очередь, болезни желудочно-кишечного тракта занимают третье место в возрастной группе до 30 лет, второе — в остальных возрастных группах, а для сердечно-сосудистых заболеваний отмечается увеличение рейтинга в зависимости от возраста.

Все возрастающая популярность фитотерапии объясняется многими причинами. Лекарственные препараты растительного происхождения обычно действуют слабее, чем синтетические, у них меньше побочных эффектов. Потенциальные возможности фитотерапии очень велики: ведь почти каждое растение обладает широким диапазоном лечебных свойств (оказывает болеутоляющее, тонизирующее и седативное; кардиотоническое, гипотензивное и гипертензивное; противовоспалительное, отхаркивающее, потогонное, улучшающее аппетит и пищеварение; слабительное и вяжущее;

кровоостанавливающее и понижающее процесс свертывания крови; бактерицидное, бактериостатическое, фунгицидное, фитонцидное действие.

В заключение можно сделать вывод, что лекарства на основе растений не менее эффективны, чем синтетические препараты. По сравнению с синтетическими лекарствами, растительные препараты обладают целым рядом преимуществ:

- Натуральные вещества безопасны, они практически не вызывают побочных эффектов, лучше усваиваются и легко включаются в биохимические процессы организма.
- Они не направлены на устранение только одного возбудителя, а действует комплексно.
- Растительные препараты поднимают местный и общий иммунитет, и после лечения организм сохраняет память о возбудителе этой болезни.
- Оказывают более мягкое и комплексное действие на организм, поэтому прекрасно подходят для длительного применения
- Препараты на растительной основе легко сочетаются друг с другом и синтетическими средствами.
- Лекарственные растения реже вызывают аллергические реакции.

На основе проведенного анкетного опроса посетителей аптек установили, что большинство респондентов будущее фармакотерапии видит в сочетании препаратов синтетического и растительного происхождения. Опрошенные отдают предпочтение водным вытяжкам, их самостоятельному изготовлению из сборов сухих растений. Чаще всего растительное сырье респонденты покупают в аптеках или заготавливают самостоятельно. Большинство отдает предпочтение расфасовке в картонных коробках и разовых фикс-пакетах.

Результаты исследования показали, что препараты растительного происхождения используются респондентами чаще всего при болезнях органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, печени, почек,

поджелудочной железы, сердечно-сосудистой системы и др. Доминирующую группу составили 30 часто употребляемых лекарственных растений.

Источники получения посетителями аптек сведений о применении лекарственных препаратов растительного происхождения не всегда полно и объективно отражают информацию.

Полученные результаты исследования целесообразно использовать фармацевтическими фирмами для принятия решения при разработке производственной и сбытовой политики в области препаратов растительного происхождения.

*Бархатова В.Р.  
Руководитель преподаватель Немеш М.В.*

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Общение – многоплановый процесс развития контактов между людьми. Оно играет немаловажную роль в жизни и деятельности людей. Без общения невозможно развитие культуры, искусства, уровня жизни. Только при помощи общения, накопленный опыт поколений прошлого времени передаётся новым поколениям.

Медицинские работники, как и представители других профессий, широко используют жаргонные и сленговые выражения. Используемые в медицине жаргонные выражения служат для упрощения сложных медицинских терминов и названий лекарств. Ведь в критической ситуации жизнь человека зависит от скорости принятия решений и скорости коммуникаций людей, работающих в области медицины.

**Цель исследования работы** – профессиональная речь медицинских работников медицинского центра «Техмед» города Изобильного.

Цель исследования определила **задачи нашей работы:**

- раскрыть и конкретизировать сущность понятия «речь», «профессиональная речь» медицинских работников;

- определить психологию деятельности медицинских работников;
- разработать рекомендации по формированию профессиональной речи студентов медицинского колледжа;
- проанализировать профессиональную речь медицинских работников «Техмед»;
- изучить результаты наблюдения за речью медицинских работников «Техмед».

Трудно представить себе условия современной действительности без речи. Любое действие, требующее контакта с другими людьми, мы сопровождаем словами. Речь в жизни человека занимает существенную позицию: она определяет возможность любого взаимодействия и сопровождает его во всякой деятельности.

Самый важный вопрос, касающийся практикующих врачей и медицинского персонала — это их способность эффективно общаться с пациентами.

Личностные особенности медицинской сестры оказывают непосредственное влияние на процесс и результаты трудовой деятельности. Профессия требует от работника понимания состояния людей, проявления выдержки, спокойствия и доброжелательности, речевых способностей. Нелегко соединить в работе медицинского персонала необходимую заботливость и рассудительность с требуемой решительностью, хладнокровием, оптимизм с критическим отношением и скромностью. Бывают ситуации, когда уместно проявить чувство юмора, однако, без тени насмешки, иронии и цинизма. Такой принцип, как «смеяться вместе с больным, но никогда - над больным», известен многим.

Медицинский работник должен быть образованным человеком, знать прикладные науки, искусство, литературу, но кроме всего этого, он должен обладать определенными личностными качествами.

Человечность — это качество должно быть основным достоинством медицинского работника и студента медицинского колледжа. Для

медицинского работника, в первую очередь, очень важно умение установить контакт с больным, завоевать его доверие. Это достигается правильным индивидуальным подходом к разным по характеру, полу, возрасту, состоянию и другим признакам больным. Здесь немалую роль играет манера общения с больными. Грамотная речь студента-медика - фундамент всестороннего развития, основа формирования духовно богатой и интеллектуально развитой личности, обладающей высоким уровнем коммуникации, способной воспринимать и передавать информацию.

Существенную часть знаний студенты получают в результате активной исследовательской работы и самостоятельного поиска учебной информации. Вместе с этим, использование проблемных ситуаций является одной из важнейших форм активизации учебного процесса.

В условиях повышенной речевой ответственности язык является механизмом получения и обработки информации. Вследствие этого основными задачами на занятии являются: расширение базы речевой деятельности обучаемых, повышение их речевой культуры, формирование навыков и умений продуцирования профессиональной речи в различных ситуациях.

В связи с этим, с нашей точки зрения, наилучшим методом изучения теории и пополнения профессионального лексического запаса становятся статьи и книги великих медиков, непосредственное взаимодействие с высококвалифицированным медицинским персоналом; знание и умение пользования русским языком.

Знание языка - один из основных компонентов профессиональной подготовки, который повышает эффективность труда, помогает лучше ориентироваться в деловых контактах. Медицинский работник должен обладать рядом основных коммуникативных умений, без которых он не сможет выполнять свои профессиональные действия, а именно:

- владеть правильной, логично выстроенной профессиональной речью, нормами современного литературного языка;

- уметь общаться с коллегами, пациентами в официальных и неофициальных ситуациях, принимать участие в дискуссиях на любую тему, уметь создать и поддержать дружелюбную атмосферу общения, находить выход из конфликтной ситуации;
- иметь навыки спонтанной речи, уметь понимать и реагировать на сказанное собеседником в профессиональном общении;
- готовить публичные выступления, применять различные формы ведения дискуссии, пользоваться медицинской терминологией;
- работать со специальной медицинской литературой, пополнять и активно использовать личный терминологический словарь;
- уметь направлять диалог, учитывая цели профессиональной деятельности, прогнозировать развитие диалога и реакцию собеседника;
- отстаивать собственное мнение, осуществлять анализ собственной речи с позиции нормативности и оптимальности использованных языковых средств;
- уметь вести деловые переговоры с помощью вербальных и невербальных средств общения;
- свободно пользоваться различными функциональными стилями в профессиональном общении.

Медицинский персонал находится в постоянном общении, вступает в контакт иногда с десятками людей в день. Соблюдение речевых этикетных норм особенно актуально в начале общения, оно помогает установить контакт между партнерами для дальнейшего выполнения совместной работы.

Медицинский работник должен знать не только русский язык, но и профессиональный язык, профессиональную терминологию. Основными критериями профессионализма является знание своей специальности, уровень владения профессиональной терминологией. Специалисты овладевают искусством использования медицинской терминологии в процессе делового общения практически в течение всей профессиональной деятельности,

учитывая, что количество новых терминов, постоянно обогащает язык профессии.

Большинство медицинских процессов по своему содержанию очень сложные. Студенты знакомятся с новыми неизвестными для них терминами, в основном иностранного происхождения, а это, следовательно, требует организации работы над их усвоением и правописанием. На занятиях студенты могут овладеть такими жанрами устной и письменной речи, как устное выступление, реферат, конспект, заявление, аннотация, доклад.

Чтобы сформировать профессиональную речь у студентов-медиков нужно вооружить их системой понятий и знаний, необходимых для выполнения задач будущей работы. Профессиональное развитие речи помогает студенту овладевать знаниями, совершенствовать свое мышление, память и другие качества.

Лексика медицинского работника состоит из греческих и латинских слов, поэтому пациент, конечно, понимает смысл врачебного диалога, но это напоминает электронный автоперевод, требующий дальнейшего логического осмысления и корректировки. Помимо научной терминологии в языке медицинского работника присутствуют и другие, не имеющиеся ни в одном из медицинских словарей и учебников слова. Медицинский сленг, понимаемый большинством докторов и студентов-медиков, находит применение в качестве медицинского жаргона.

Появление и использование медицинского сленга обусловлено несколькими факторами:

- стресс, так как в своей работе медицинский работник очень часто сталкивается со страданиями и болью пациента, риском ошибочного диагноза, смертью больного. Для уменьшения степени «эмоционального выгорания» врачи подменяют «тяжелые» слова на менее негативные. Например, «труп» на «тело», слово «умер» заменяется словом «ушел». Этот психологический прием позволяет дистанцироваться от неприятных аспектов профессиональной деятельности и от переживаний, через которые проходят

пациенты. Часто в практике врачи используют сленговые термины, образованные при помощи суффиксов эмоциональной оценки для смягчения стресса от страшного диагноза (аденомка, миомка, ватный шарик);

- использование медицинского сленга упрощает общение с коллегами, помогает сэкономить время в устной речи медиков (например, «уши» — это фонендоскоп, химия – химиотерапия);

- многие медицинские термины длинные и сложные, поэтому с целью экономии речевых усилий врачи часто используют ненормативные сокращения, однако понятные всем медицинским сотрудникам и студентам-медикам. При наступлении пиковой и критической ситуации медицинский работник не в состоянии быстро выговорить сложные медицинские термины, для него самое главное, чтобы его напарник смог понять все, что ему объясняют.

Для анализа речи медицинского работника мы выбрали медицинский центр «Техмед» города Изобильного. За метод исследования было взято наблюдение за речью медицинского персонала.

В ходе исследования мы выявили, что медицинский персонал в устной речи используют сленгизмы.

Таким образом, проведенный нами анализ показывает, что используемые в медицине, жаргонные выражения служат для упрощения сложных медицинских терминов и названий лекарств. Между тем, все мы знаем, насколько эффективнее выглядит человек, владеющий словом. Поэт Вадим Шефнер очень точно подметил, что «Словом можно убить, словом можно спасти, словом можно полки за собой повести». Очевидно, что владеть культурой речи необходимо всем. Но особенно необходимо уметь управлять словом медицинским сестрам, для которых слово – важнейший инструмент, иногда творящий чудеса. Словом, можно подбодрить, вселить надежду, раскрыть перспективы. Слово медицинской сестры укрепляет доверие, помогает настроиться на нужную волну, добиться желаемого результата. Одно из главных качеств речи медицинского работника- понятность, доступность.

Пациент должен быть уверен, что его понимают, должен понимать, что ему говорят. Поэтому чем больше словарный запас медицинского работника, тем легче ему общаться с пациентами. И медицинский сленг не исключение.

*Лободина Анастасия  
Руководитель: преподаватель А. Я. Фатуллаева*

## **АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ**

В настоящее время большое число людей, разочаровавшись в официальной медицине, прибегают к альтернативным методам терапии, таким как лечение травами, гомеопатия, гирудотерапия, апитерапия и т.д. Данные виды врачевания проверены веками и достаточно эффективны при некоторых видах заболеваний.

Лечение лекарственным растительным сырьем выделяют как раздел медицины – фитотерапию, при которой используются растения, содержащие изученные биологически активные вещества с доказанной эффективностью их действия. Так, сырье, содержащее эфирные масла, широко используется в мировой медицинской практике для лечения и профилактики многих заболеваний. Из него изготавливают растительные препараты, настойки, экстракты, ароматные воды, масла и т.д.

Эфирные масла очень широко распространены в растительном мире, всего в природе известно до 3000 эфирномасличных растений. Такие растения, как валериана лекарственная, полынь горькая, мята, чабрец, сосна, широко представлены во флоре РФ и издавна используются в качестве лекарственных ингредиентов, приведены в Государственной фармакопее.

Согласно определению, эфирные масла представляют собой смесь летучих душистых веществ, принадлежащих к различным классам органических соединений.

По химическому строению эфирные масла относят к монотерпенам и сесквитерпенам, реже это ароматические и алифатические соединения. По физической природе они являются подвижными маслянистыми жидкостями,

которые испаряются, не оставляя жирных пятен, хорошо смешиваются со спиртами и жирными маслами [1].

Эфирные масла получают из различных органов растений путем отгонки с водой или водяным паром, экстракцией органическими растворителями, прессованием и другими способами.

Эфирномасличное сырье поступает в аптечную сеть цельным или измельченным, в форме брикетов для изготовления настоев и отваров, в виде галеновых препаратов (настойки из сырья валерианы, мяты перечной, эвкалиптов, полыни горькой; экстрактов из сырья валерианы, полыни, чабреца, ромашки, душицы и т.д.), либо в составе комплексных лекарственных препаратов, таких как «Ротокан», «Уролесан», «Пертуссин».

Являясь смесями различных химических соединений, эфирные масла имеют очень широкий спектр фармакологического действия, поэтому применяются как противовоспалительные, антимикробные, противовирусные, седативные средства. Кроме того, некоторые эфирные масла оказывают выраженное влияние на деятельность сердечно-сосудистой системы, расширяют кровеносные сосуды. Издавна они известны как средства, улучшающие и изменяющие вкус и запах лекарств, широко применяются в пищевой и парфюмерной промышленности.

Фармакологические эффекты эфирных масел представлено в табл. 1.

Таблица 1. Действие на организм эфирных масел растений

Действие на организм	Эфирные масла
Очищающее	Апельсин, герань, лаванда, лимон, лимонник, розмарин сладкий, шалфей и др.
Возбуждающее	Кардамон, сандал, роза, бергамот, мандарин, иланг-иланг, герань, жасмин и др.
Тонизирующее	Базилик, чабрец, шалфей, лимон, мята, мелисса, корица, мускатный орех, имбирь, пихта и др.
Расслабляющее	Валериана, ромашка, жасмин, душица, лаванда, мирра, ладан, можжевельник.
Освежающее	Пихта, лимон, мята, бессмертник, лаванда, мандарин, апельсин и др.
Антисептическое	Эвкалипт, тополь, гвоздика, эвкалипт, аир, лаванда, лимон, чайное дерево и другие.
Успокаивающее	Ромашка, мелисса, ваниль, укроп, герань, жасмин и другие.

Ранозаживляющее и противовоспалительное	Тысячелистник, камфора, девясил, ромашка, арника и др.
Отхаркивающее	Фенхель, душица, багульник, девясил, анис, чабрец и др.
Мочегонное	Петрушка, тимьян, можжевельник, береза, чабрец и другие.
Гармонизирующие	Душица, сандал, жасмин, мандарин, мимоза, апельсин, роза и др.
Омолаживающее	Шиповник, сандаловое дерево, жожоба, ладан, лаванда и др.

Действие эфирных масел зависит от его вида, способа применения, дозировок. При наружном использовании отдельные компоненты эфирных масел действуют на кожу и слизистые. Например, препараты, содержащие ментол при нанесении на слизистые оболочки или втирании в кожу, раздражают нервные окончания, вызывают ощущение холода и покалывания, их применяют как отвлекающее средство при невралгиях («Меновазин»), мигрени («Мигреновый карандаш»), как растирание (бальзам «Звездочка»). А при внутреннем применении ментол приводит к рефлекторному расширению сосудов внутренних органов, а также коронарных (облегчаются боли при стенокардии – препарат «Валидол»).

Особый интерес вызывает применение эфирных масел в ароматерапии. Это научно обоснованный метод лечения с применением натуральных эфирных масел или гидролатов, вводимых в организм через дыхательные пути, кожу и (или) слизистые оболочки [2].

Вдыхание паров таких масел оказывает бактерицидное, противовоспалительное и антисептическое воздействие, улучшает качественный состав микрофлоры верхних дыхательных путей и их проходимость, повышает местный иммунитет.

Современные исследования в области нейропсихологии и ароматерапии показывают, что ароматы воздействуют на мозговую активность, влияя на наше настроение, память, концентрацию и даже на творческое мышление.

Используя определенные ароматы, можно воздействовать на эмоции и настроение через активацию особых частей мозга. Понимание этого механизма позволяет использовать ароматерапию как эффективный инструмент для управления эмоциональным состоянием, что широко

используется для ароматизации помещений СПА салонов, магазинов, аптек и т.д.

Исследования показывают, что лаванда снижает уровень стресса и тревожности, способствует успокоению и улучшению настроения; аромат розы вызывает чувство умиротворения, вдохновения и счастья; запах цитрусовых, такие как лимон или апельсин, отвечают за энергию, бодрость и оптимизм; мята обычно ассоциируется с ощущением свежести, чистоты и ясности мысли.

Связь между ароматами и памятью — один из самых изучаемых аспектов в нейропсихологии. Ароматы имеют уникальную способность активировать воспоминания и вызывать эмоциональные реакции, связанные с определёнными событиями или моментами в прошлом.

Этот процесс обусловлен тесной связью между обонятельными ощущениями и областями мозга, отвечающими за когнитивные процессы. Некоторые ароматы обладают способностью стимулировать память и улучшать запоминание через воздействие на мозговую активность [3].

В таблице 2 представлены результаты действия ароматов отдельных растений на психоэмоциональное состояние и когнитивные функции.

Таблица 2. действие ароматов эфирных масел

<b>Эфирное масло</b>	<b>Действие</b>	<b>Способ применения</b>
Аромат мяты	способствует улучшению когнитивных функций и запоминанию, активирует рецепторы, связанные с ощущением холода, что даёт заряд бодрости и улучшает процесс запоминания.	принимать ледяной душ с маслом или просто вдыхать эфирное масло мяты.
Аромат лимона	оказывает стимулирующее воздействие на когнитивные функции. Он способствует повышению бодрости и настроения, что улучшает концентрацию и продуктивность.	вдыхать эфирное масло из флакона или добавить несколько капель в аромадиффузор.
Аромат ромашки	оказывает успокаивающее и положительное воздействие на когнитивные функции, улучшая внимание.	Для успокоения можно нанести пару капель на ладони и сделать несколько глубоких вдохов и выдохов.

Аромат розмарина	стимулирует активность нейронов в гиппокампе, улучшая запоминание и концентрацию.	Вдыхать эфирное масло в аромадиффузоре.
------------------	---	---

Использование этих ароматов в повседневной жизни или в рамках ароматерапии может быть полезным для улучшения когнитивных функций и поддержания здоровой памяти.

При использовании эфирных масел не следует забывать про противопоказания и побочные эффекты. Общим противопоказанием является аллергическая реакция и индивидуальная непереносимость. К частным ограничениям использования можно отнести следующие:

1) Использование ментола для лечения детей раннего возраста до года - противопоказано, т.к. возможны рефлекторное угнетение и остановка дыхания.

2) Большие дозы эфирного масла ромашки аптечной вызывают головную боль и общую слабость.

3) При передозировке лекарственных средств тимьяна и чабреца развивается тошнота.

4) Передозировка препаратами валерианы вызывает сонливость, чувство подавленности, угнетения, снижение работоспособности. Длительное применение приводит к расстройству работы желудочно-кишечного тракта.

5) Если пациент страдает эпилепсией, то ему противопоказаны базилик, фенхель, розмарин и шалфей.

6) При повышенной свертываемости крови противопоказаны эфирные масла базилика и кипариса.

7) При повышенном кровяном давлении противопоказаны масла сосны, розмарина, шалфея и тимьяна.

#### **Список использованных источников:**

1. Спектр применения эфирных масел в современной медицине. / О. А. Шавловская. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/author/>

2. Эфирные масла и их влияние на высшую нервную деятельность человека. / Сборник научных трудов ГНБС. // Под ред. А. М. Ярош. - Ялта, 2015. – 24 с.

3. Нейроароматика. / А. А. Умнов. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doctor.rambler.ru/>

*Вернигоров Матвей*  
*Руководитель преподаватель к.м.н. О.Н. Германова*

## **ДИАГНОСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Корь — антропонозное острое вирусное инфекционное заболевание с аспирационным механизмом передачи возбудителя, для которой характерна цикличность течения, лихорадка, интоксикация, катарально-респираторный синдром, наличие пятен Филатова–Коплика и пятнисто-папулезная сыпь.

Цель исследования: изучить роль фельдшера в диагностике и профилактике кори у детей.

Задачи исследования:

1. Показать эпидемиологическую ситуацию по кори в РФ.
2. Изучить клиническую картину кори у детей на основе клинических примеров.
3. Изложить мероприятия, проводимые для ликвидации кори в популяции.

По данным Роспотребнадзора заболеваемость корью в России к началу 2024 года увеличилась в 288 раз. Вспышки начали фиксировать еще в 2023 году, когда в России заразилось 12000 человек. Среди заболевших (4989 человек) — дети до 14 лет [1, 2].

В связи с ростом заболеваемости в Европе, развивающимся международным связям, увеличился риск появления и распространения кори на территории России. Так, например, в Амурскую область корь попала из соседнего Китая. Повышенное внимание к кори отмечается в Ростовской

области, которая граничит с Украиной, где наблюдается неблагоприятная ситуация с заболеваемостью корью [1].

Широкое применение противокоревой вакцины привело к снижению заболеваемости. Курс иммунизации состоит из двух прививок. Вакцинация проводится в возрасте 12 месяцев, ревакцинация – в 6 лет. Поствакцинальный противовирусный иммунитет формируется у 95–97%, срок его защитного действия составляет около 15 лет [1, 2].

Однако взрослые необоснованно отказываются от прививок своим детям и тем самым лишают их законного права на защиту от инфекционных заболеваний.

Исследование проводилось на базе АНМО «Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра».

Клинический случай №1.

Мальчик 1,5 лет. Диагноз: Корь, типичная, период высыпаний. Осложнение: тонзиллофарингит, бронхит. Железодефицитная анемия. Жалобы на повышение температуры тела до 40<sup>0</sup>С, сыпь на теле, влажный кашель, насморк, осиплость голоса.

Анамнез заболевания. Болен в течение 6 дней. Заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 38<sup>0</sup>С, 2 день – температура гипертермическая, адинамия, отказ от еды. Осмотрен педиатром по месту жительства, с диагнозом гнойная ангина, в терапии тантум верде, нурофен, цефазолин внутримышечно. На 3 день присоединился влажный кашель, насморк. На 5 день болезни - пятнисто-папулезная сыпь на лице, 6 день – сыпь на теле и начало появления на нижних конечностях. В день осмотра инфекционистом выполнен анализ крови: IgM к кори положительные.

Анамнез жизни. Ребенок от 3 беременности, протекала без патологии, 3 срочные роды. Масса 3850 г, длина 52 см. Грудное вскармливание до 3 мес. Не привит. Перенесенные заболевания: коклюш в 6 мес., железодефицитная анемия, ОРВИ часто, тонзиллит, билиарная дисфункция, перинатальная энцефалопатия, плосковальгусные стопы.

Объективный статус. Температура тела 38,6<sup>0</sup>С. Масса 10,5 кг. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, влажные, пятнисто-папулезная сыпь. Катаральный конъюнктивит, склерит. Пастозность век. Периферические лимфоузлы шейной группы размерами до 0,5-1,0 см, мягкие, безболезненные. Носовое дыхание затруднено, отделяемое слизистое. Над легкими дыхание жесткое, хрипы сухие и влажные крупнопузырчатые. Тоны сердца ясные, ритм нормальный. В зеве: гиперемия, гнойные налеты на миндалинах, гипертрофия миндалин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

#### Клинический случай №2.

Девочка 5 лет. Диагноз: Корь, типичная, период высыпаний. Жалобы на влажный кашель, сыпь на теле, сниженный аппетит, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания. Больна с 15.02.2024 г. - повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С, сухой приступообразный кашель. Осмотрена педиатром, ЛОР врачом с диагнозом: катаральная ангина, правосторонний отит, ринофарингит. В терапии внутривенно капельно получала цефтриаксон. С 18.02.2024г. сыпь вначале на лице, затем с 19.02.2024г. на теле и нижних конечностях. Направлена к инфекционисту. Обследована. В общем анализе крови - лейкоцитоз 14,5\*10<sup>9</sup>/л, нейтрофилез 66%, СОЭ 28 мм/ч. С-реактивный белок 18,4 г/л. IgM к кори положительные.

Анамнез жизни. Вакцинирована БЦЖ в роддоме, далее отказ от вакцинации. Аллергические реакции: коровье молоко. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Наблюдается неврологом – расстройство аутистического спектра. Эпид. анамнез: в течение 1 месяца находилась реабилитационном центре в г. Пятигорск, где был контакт с больной корью девочкой.

Объективный статус. Температура тела 37,6<sup>0</sup>С. Масса 22,5 кг. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, влажные, обильная повсеместно расположенная пятнисто-папулезная сыпь.

Катаральный конъюнктивит, склерит. Пастозность век. Микрополиаденопатия. Носовое дыхание затруднено, отделяемое слизистое. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм нормальный. ЧСС 96 в минуту. Слизистая губ, рта чистая, влажная. Язык чистый, влажный. Зев ярко гиперемирован, миндалины рыхлые, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Направлена на госпитализацию в инфекционную больницу.

Выводы:

1. Диагностика кори на амбулаторном этапе заключается в изучении эпид. анамнеза, выявлении жалоб, проведении физикального обследования, выявлении патогномичных признаков заболевания (коровой энантемы, пятен Бельского-Филатова-Коплика), пятнисто-папулезной сыпи, этапности высыпаний.

2. Лабораторная диагностика заключается в проведении общеклинических исследований и выявлении специфических антител класса IgM к кори.

3. Основными принципами ликвидации кори являются: достижение охвата населения вакцинацией живой коревой вакциной.

4. Одной из основных причин неэффективности проводимой программы вакцинопрофилактики являются отказы населения от вакцинации.

В рамках повышения приверженности вакцинации должен применяться широкий спектр методов и способов информационного воздействия на граждан – отдельные информационные порталы, ведение социальных сетей, очные просветительские мероприятия, специальные проекты, организация горячих линий по вопросам вакцинопрофилактики кори. Возможные пути преодоления антивакцинального движения: восполнять пробелы в знаниях мед. работников; уметь убеждать, говорить с пациентами на понятном языке; давать исчерпывающую информацию;

публично разрушать мифы; учить людей, что забота о здоровье их ответственность; повышать уровень доверия к медицине.

Список использованной литературы:

1. Заболеваемость в России за последний год // [kommersant.ru](https://www.kommersant.ru) [сайт]. – 2024 - URL: <https://www.kommersant.ru/doc>. (дата обращения: 05.05.2024).
2. Что известно о ситуации с заболеваемостью и вакцинацией от кори в России // [aif.ru](https://aif.ru) [сайт]. – 2024 - URL: <https://aif.ru/health/life/pora> (дата обращения: 05.05.2024).

*Дьяченко Александра  
Руководитель преподаватель к.м.н. О.Н. Германова*

## **ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Хронические гастриты/дуодениты (ХГ/ХГД) в структуре заболеваний органов пищеварения относятся к наиболее распространённой патологии детского возраста с ростом, превышающим 100 случаев на 1000 детского населения. Помимо отчётливой тенденции к росту ХГД, составляющей в среднем 10% в год, отмечается тенденция к утяжелению течения за счёт увеличения удельного веса эрозивных и атрофических форм. В районах экологического неблагополучия частота выявления гастродуоденальной патологии у детей в 2,5 раза выше, чем в условно "чистых", а течение ее более тяжелое, с выраженными функциональными нарушениями [1, 2, 3].

Хронические заболевания желудка у детей и двенадцатиперстной кишки, длительное время не диагностированные и протекающие без проведения соответствующего лечения, обуславливают снижение качества жизни, повышение заболеваемости населения. Установлено, что формирование язвенной болезни у 40-60% взрослых начинается в детском возрасте [3].

Цель исследования: изучить клинико-диагностические особенности и диспансеризацию при хроническом гастрите у детей.

Задачи исследования:

1. Установить ведущие факторы риска развития хронического гастрита у детей.
2. Изучить клинику хронического гастрита у детей.
3. Показать спектр сопутствующей патологии со стороны ЖКТ у детей с хроническим гастритом.
4. Охарактеризовать принципы диспансерного наблюдения пациентов с хроническим гастритом.

Для решения поставленных задач проведено наблюдение за 30 больными хроническим гастритом в возрасте от 10 до 16 лет. Исследуемая группа пациентов находилась на амбулаторном лечении у педиатра и гастроэнтеролога в клинике семейного врача Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра. В общей совокупности наблюдаемых число девочек было больше (70%), чем мальчиков (30%). Пациентам проведено полное клинико-лабораторное обследование, проанализированы жалобы, характер начала заболевания, наличие патологии, как со стороны ЖКТ, так и со стороны других систем.

Анализ данных показал, что генетический фактор включалотягощенный семейный анамнез у детей с ХГ, который был значительно выше по заболеваемости со стороны ЖКТ (панкреатиты (32%), желчнокаменная болезнь (25%), колиты (17%), гастродуодениты (38%)).

Фактор питания на первом году жизни характеризовался меньшей продолжительностью грудного вскармливания 5 - 6 мес. (78%), ранним введением (6 мес.) в питание коровьего молока и его производных – кефир, йогурт у 30% детей.

У детей наблюдаемой группы отмечалось преобладание функциональных нарушений ЖКТ в виде функциональных запоров (37%), тошноты, тяжести в эпигастрии (43%), снижения аппетита (50%). Так же выявлялись алиментарно-зависимые состояния - анемия (31%) и дефицит веса (17%).

Кратность питания у школьников характеризовалась преобладанием двух - трехкратного приёма пищи у 78% детей, питание 4 и 5 раз в день отмечено у 20% пациентов. Школьники чаще обходились без завтраков. В связи с нарушением режима питания перерыв между приёмами пищи составлял 5 часов и более (74%). Дети практически полностью отказались от горячих обедов в школе с их заменой на газированную воду и продукты «фаст-фуд».

Основной сопутствующей патологией со стороны ЖКТ у детей с ХГ являлись билиарная дисфункция (43%), реактивный панкреатит (17%), дуодено-гастральный рефлюкс (27%), синдром раздражённого кишечника (20%), лямблиоз (13%), дисбиоз кишечника (60%).

Анализ клинической симптоматики, показал, что жалобы на боли в эпигастральной области предъявляли все пациенты. Диспепсические расстройства проявлялись тошнотой, изжогой и отрыжкой. Нарушение аппетита регистрировалось у 50% пациентов. Астеновегетативные проявления были выражены в 30% наблюдений. При объективном осмотре у 60% детей определялись симптомы хронической интоксикации (бледность и сухость кожи, периорбитальные тени), симптомы микронутриентной недостаточности (стоматит, хейлит, повышенная ломкость ногтей и волос).

Установлено, что по данным эндоскопии у 60% пациентов с ХГ наблюдались признаки неспецифического воспаления в виде умеренно - или слабовыраженных отека и гиперемии, у 30% регистрировались отек и утолщение складок, фолликулярная гиперплазия, у 10% - бледная, тусклая, истонченная слизистая оболочка желудка.

Неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* осуществлялась с помощью уреазного дыхательного теста, который показал инфицированность бактерией в 63% случаев.

В периоде обострения ХГ ведущую роль играет принцип диетотерапии с целью механического и термического щажения слизистой оболочки желудка и предотвращения раздражающего воздействия острой, кислой и соленой

пищи. Питание 4-5-разовое, пища должна быть умеренной температуры. Из пищевого рациона исключают копчености, жирную пищу, острые приправы, снеки, консервированные продукты, газированную воду.

Все пациенты делятся на клинические реабилитационные группы, согласно которым дифференцируются подходы к диспансеризации. Больные наблюдаются педиатром 2 раза в год, гастроэнтерологом – 1 раз в год. При динамическом наблюдении особое внимание обращается на наличие или отсутствие проявлений болевого, диспептического синдромов, астеновегетативного синдрома. Методы обследования: общий анализ крови, мочи, копрограмма, ФГДС с биопсией, УЗИ органов брюшной полости. На диспансерном этапе показаны лечебная гимнастика, фитотерапия физиотерапевтическое лечение, грязевые аппликации, бальнеотерапия, витаминотерапия, коррекция микрофлоры кишечника. Снятие с учета больных с хроническим гастритом проводится при отсутствии клинических проявлений заболевания в течение 3 лет.

Выводы:

1. Факторами риска формирования поражения слизистой оболочки желудка у детей являются как наследственные, так и экзогенные факторы – ранний перевод на искусственное вскармливание, введение в рацион на первом году жизни коровьего молока, нарушение режима и качества питания.

2. Основной сопутствующей патологией со стороны ЖКТ у детей с ХГ являются чаще дисбактериоз кишечника, билиарная дисфункция, рефлюкс - дуодено-гастральный рефлюкс, синдром раздражённого кишечника, реактивный панкреатит.

3. Клиническая картина ХГ представлена полиморфизмом симптомов: боли в животе, диспепсия, тошнота, изжога, отрыжка, повышенная утомляемость, головные боли, психоэмоциональная лабильность, астения, симптомы микронутриентной недостаточности.

4. Клиническая реабилитация пациентов с ХГ – это лечебная педагогика, диета, ЛФК, закаливающие процедуры, физитерапия, бальнеолечение.

Список использованной литературы:

1. Григорьев К.И. Этапная реабилитация детей с заболеваниями органов пищеварения /К.И. Григорьев, А.М. Запруднов //Матер. VII конгр. пед. России. - М., 2014. - С. 74.

2. Мазурин А.В. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии /А.В. Мазурин, Л.Н. Цветкова, В.А. Филин //Педиатрия. - 2016. -№ 5. - С. 19-22.

3. Хронический гастрит у детей: новые возможности диетотерапии // pharmateca.ru [сайт]. – 2024 - URL: <https://pharmateca.ru/archive/article> (дата обращения: 05.05.2024).

*Фарзалиева Айшат  
Руководитель преподаватель к.м.н. О.Н. Германова*

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ УХОДА ЗА КОЖЕЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ**

Атопический дерматит – генетически детерминированное, хроническое, рецидивирующее заболевание кожи, клинически проявляющееся первично возникающим зудом, воспалением, папуловезикулезными элементами и лихенификациями [3]. По данным литературным данным атопическим дерматитом страдают около 20% детей в мире. Приобретая хроническое течение с частыми рецидивами, болезнь сохраняет свои клинические признаки на протяжении многих лет. По данным исследований, приблизительно у половины пациентов с атопическим дерматитом в дальнейшем развивается бронхиальная астма и у 2/3 - аллергический ринит [4].

Цель исследования: изучить клиническую диагностику и уход за кожей при атопическом дерматите у детей.

Задачи исследования:

1. Определить клинико-этиологические особенности атопического дерматита у детей.

2. Показать принципы ухода за кожей при атопическом дерматите.

Работа выполнена в АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр», клинике семейного врача.

Под наблюдением педиатра и аллерголога в период с октября 2023 г. по апрель 2024 г. находились 30 детей в возрасте от 8 месяцев до 17 лет с легким и среднетяжёлым течением атопического дерматита. Средняя продолжительность болезни к моменту включения в исследование – 3,5 года.

При сборе анамнеза выявлено, что отклонения в состоянии здоровья во время беременности имели 96% матерей обследуемых детей. Патология беременности чаще заключалась в наличии анемии, преэклампсии, угрозы невынашивания. Заболевания аллергического характера, обострившиеся во время беременности, отмечались у 20% матерей. Отягощенная наследственность по атопии выявлена у 58% детей с дерматитом, чаще неблагоприятный наследственный анамнез отмечался у нескольких членов одной семьи.

Период новорожденности у 60% детей протекал без осложнений. У 1/3 детей наблюдались осложнения в виде перинатального поражения ЦНС, омфалита, опрелостей, резус-конфликта, аллергических сыпей, конъюгационной желтухи.

На искусственном вскармливании находились 35% детей. Среди фоновых заболеваний на первом году жизни встречались дефицит витамина Д, железодефицитная анемия, гипотрофия, дисбиоз кишечника; 80% обследованных детей состояли на диспансерном учете у невролога. Все дети в различные периоды жизни перенесли ОРВИ.

Атопический дерматит дебютировал у абсолютного большинства детей (80%) на первом году жизни, причем у половины - в первые 6 месяцев.

Наиболее частой причиной возникновения первых кожных проявлений являлись пищевые аллергены (белок коровьего молока, злаки, рыба).

Дети предъявляли жалобы на кожный зуд и поражение кожи. Клиническая симптоматика дерматита проявлялась эритемой, папулезными высыпаниями, отечностью, мокнутием, лихенификацией, корками, шелушением.

У детей в возрастной группе 8 мес. до 6 лет выявляли эритематозно-сквамозную форму атопического дерматита (64%), реже – экссудативную (36%). Лихеноидная форма атопического дерматита чаще регистрировалась у пациентов в возрастной группе от 7 до 17 лет (70%), в 30% случаев у них встречалась эритематозно-сквамозная форма (30%). Распространенность поражения кожного покрова оценивается по правилу "девятки", где за единицу принята площадь ладонной поверхности кисти.

Дифференциальную диагностику атопического дерматита необходимо проводить со следующими заболеваниями: себорейный дерматит, пеленочный дерматит, аллергический контактный дерматит, чесотка, ихтиоз, псориаз, дерматофитии.

В пользу атопического дерматита будут свидетельствовать следующие симптомы:

- зуд кожных покровов;
- типичная морфология и локализация кожных высыпаний;
- экзематозные кожные поражения.

Чтобы снять зуд, не допустить инфицирования пораженных кожных покровов, необходимо правильно ухаживать за кожей ребенка [1, 5]:

- принимать прохладную ванну температурой 27-30<sup>0</sup>С продолжительностью около 10 минут, использовать лечебные средства для купания с нейтральным рН 5,5 с мягкой основой, которые очищают, но не сушат кожные покровы; после водных процедур кожу вытирать аккуратно, промокательными движениями;

- не давать ребенку расчесывать пораженные места, а на участки сильно поврежденной кожи (мокнущая, свежие расчёсы) наносить топические глюкокортикостероиды;

- кожные покровы не должны быть сухими, в течение 3 мин после купания на кожу следует нанести эмоленты – увлажняющие и смягчающие косметические средства (Неотанин, Атопик, Липикар, Липобейз, Эмолиум, Мустела, Адмера, La Roche-Posay Lipikar Baume AP+) [5].

Эмоленты увлажняют кожу и предотвращают потерю влаги благодаря окклюзионным свойствам или привлекая и удерживая воду благодаря гигроскопичности (коллаген, гиалуроновая кислота). Средства с гидрофильной базой (например, содержащие 5–10 % мочевины) могут использоваться в зависимости от типа и локализации воспаления (особенно на участках сухой и очень сухой кожи), а также в зависимости от возраста (препараты с мочевиной не используют у детей младше 3 лет) [5].

Выводы:

1. Дебют атопического дерматита чаще приходится на первый год жизни и характеризуется преобладанием сенсибилизации к пищевым аллергенам.

2. У детей раннего возраста доминирует эритематозно-сквамозная форма атопического дерматита (64%), у детей старшего возраста – лихеноидная (70%).

3. К диагностическим критериям атопического дерматита относятся:

- кожный зуд;
- лихенификация и эксфолиации на сгибательных поверхностях конечностей;
- хроническое рецидивирующее течение;
- положительный результат при кожном тестировании с аллергенами.

4. При сборе аллергоанамнеза особое внимание необходимо уделять аллергическим заболеваниям в семье, пищевым аллергенам, реакциям на применение вакцин, медикаментов.

5. Основным принципом ухода за пораженной кожей заключается в соблюдении личной гигиены и постоянном использовании средств для увлажнения кожи.

Практические рекомендации:

1. Диета с исключением облигатных аллергенов.
2. Постоянный базовый уход за кожей – увлажнение и нанесение специальных липидовосстанавливающих средств.
3. Элиминация провоцирующих факторов – поддержание микроклимата жилища, гипоаллергенный быт, горный климат.
4. Проведение высокоэффективных обучающих программ в рамках «Школ для пациентов с атопическим дерматитом».

Список использованной литературы:

1. Альбанова В. И., Атопический дерматит [Электронный ресурс] / Альбанова В. И., Пампура А. Н. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 – 128 с.
2. Кочергин Н.Г. Атопический дерматит // Росс. журн. кожн. вен. бол. – 2021. - № 5. - С. 59–64.
3. Огородова Л.М. Атопический дерматит у детей: зона клинического контроля // Вопросы современной педиатрии. 2017. – Т.6. - № 6.
4. Сергеев Ю.В. Атопический дерматит: современные подходы к диагностике, терапии и профилактике // Медицина для всех. - №2. – 2016.
5. Смирнова Г.И. Современные технологии местного лечения атопического дерматита у детей // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2020. –№3. – С. 75–82.

*Алиева К.А.*

*Руководитель преподаватель к.м.н. Садовникова Г.В.*

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ**

В последнее время особую актуальность приобрели проблемы состояния здоровья и отдаленного развития недоношенных детей. Это связано

с совершенствованием реанимации новорожденных, появлением новых способов лечения бесплодия и невынашивания.

Недоношенность - одна из основных причин смерти новорожденных. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности. Проблема выхаживания недоношенных чрезвычайно сложна, так как дети еще не созрели для существования вне материнского организма. Это заставляет отнести к недоношенности как к проблеме особой важности и требует особого внимания.

Второй этап — реабилитация (восстановление), которая необходима практически каждому недоношенному малышу. Объем помощи и длительность нахождения на этом этапе выхаживания зависит от степени зрелости недоношенного ребенка. Большую роль на этом этапе играет скорость принятия решения, профессиональная подготовленность медицинского работника.

Важность сестринской помощи также состоит в создании благоприятной обстановки не только недоношенным детям, но и создание семейно-ориентированного подхода в выхаживании недоношенного ребенка. Все это и определило цель исследовательской работы – поиск путей совершенствования сестринской помощи недоношенным детям на втором этапе выхаживания.

Цель работы: изучить особенности работы медицинской сестры при выхаживании недоношенных детей на этапе специализированного стационара

Задачи:

1. Изучить современную литературу о принципах выхаживания недоношенных детей.
2. Познакомиться с анатомо-физиологическими особенностями недоношенных детей.
3. Проанализировать деятельность медицинской сестры на II этапе выхаживания недоношенных детей.

Перевод недоношенных детей на II этап выхаживания определяется возрастом в днях, массой тела, клиническим состоянием. Недоношенные дети с массой тела до 1500 гр подлежат переводу в отделение II этапа на 7 – 8-й день после рождения, дети с массой тела выше 1500 гр и новорожденные с заболеваниями неинфекционной этиологии, родившиеся с массой тела до 2500 гр, подлежат переводу на 5 – 6-й день после рождения. Перевод новорожденных из родовспомогательных учреждений производится после согласования с заведующим специализированным отделением или главным врачом больницы, куда переводится ребенок.

Задачи II этапа:

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи;
- организация сестринского ухода со строжайшим соблюдением правил асептики;
- создание комфортных микроклиматических условий (дополнительное согревание и оксигенация);
- обеспечение адекватным питанием;
- мониторинг состояния;
- обучение родителей приемам выхаживания ребенка в домашних условиях и др.

Исследование проводилось на базе Отделения патологии новорожденных, которое является подразделением Краевой детской клинической больницы. Большинство новорожденных, поступающих в ОПННД, входит в группу высокого риска. Отделение выполняет функцию 2-го этапа выхаживания глубоконедоношенных, маловесных, функционально незрелых детей.

Данное отделение оказывает медицинскую помощь новорожденным любой степени сложности, имеет специальное, целенаправленное обеспечение кадрами высокой квалификации, лабораториями и современной аппаратурой. Отделение рассчитано на 73 койки. Лечебный отсек состоит из 2 блоков по 4

полубокса, 1-го блока из 3 полубоксов, имеются палаты совместного пребывания "мать-новорожденный".

В каждом блоке находится пост медицинской сестры. Каждый полубокс, палата обеспечены централизованной подводкой кислорода, имеется горячая и холодная вода, раковина для подмывания, весы, предметы ухода за новорожденным, клеенчатые мешки, баки для сбора использованных пеленок, в достаточном количестве имеются бактерицидные лампы. В лечебном отсеке имеются процедурный кабинет, комнаты для приготовления и хранения адаптированных смесей, сцеживания грудного молока, санитарная комната сбора грязного белья, а также хранения чистого белья.

Уход и лечение проводятся специально подготовленными медсестрами первой и высшей категорий.

При выхаживании недоношенных детей соблюдаются следующие принципы

-создание комфортных условий, согревание ребенка во время различных манипуляций, в том числе реанимационные, осуществляются от источника лучистого тепла, инкубаторами (стандартная и интенсивная модели),

- нежное обращение с ребенком,

- инвазивные процедуры выполняются только подготовленным персоналом,

-проводится пеленание, поддержка выгодного положения тела валиками, укладка "гнездо",

- ограничение внешних раздражителей (световой и звуковой режимы).

Для выхаживания маловесных глубоконедоношенных детей разработаны программы щадящего температурного режима, вскармливания (зондового, через рожок), нормализации метаболических процессов дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Современные отделения II этапа выхаживания недоношенных оборудованы для пребывания детей вместе с мамами.

При этом в одной палате боксированного типа обычно размещаются от двух до четырёх детей. К каждой палате прикреплена специальная медицинская сестра, контролирующая уход матерей за детьми и выполняющая медицинские процедуры и манипуляции.

Детки весом до 1700 г находятся в кюветзах, откуда их достают (если есть разрешение неонатолога), чтобы покормить, взвесить и переодеть. На расстоянии 60-70 см от груди малышей вешают игрушку, даже если ребёночек ещё совсем слаб.

Купают детей:

- в возрасте после двух недель, если их вес больше 1700 граммов;
- в возрасте после двух месяцев, если их вес достиг одного килограмма.

Взвешивания проводят по мере необходимости, но не реже чем раз в сутки. Еженедельно измеряют рост и окружность головы. Как только станет возможным, недоношенных выкладывают почаще на животик. А при достижении массы тела в 1800 граммов начинают осуществлять массаж животика.

Выписка недоношенных детей из специализированных отделений II этапа на педиатрический участок осуществляется при отсутствии противопоказаний, наличии стойкой адаптации к внешней среде (самостоятельное сосание, регулярная прибавка массы тела (при выписке 2200—2300 г и более), достаточная терморегуляция) и, как правило, после вакцинации БЦЖ. Выписку детей, которым прививки БЦЖ не делали, осуществляют только с разрешения противотуберкулезного диспансера.

При проведении анкетирования матерей были получены следующие ответы

На вопрос об отношении медицинских сестер во время пребывания в больнице большинство респондентов указывали на хорошее отношение со стороны медицинских сестер, вежливость и внимательность медицинских сестер 72 %; 20% ответили, что, удовлетворительно, остальные 8 % матерей считают, что к ним относились не доброжелательно.

87% опрошенных указывали на то, что медицинская сестра обучала уходу за ребенком. 81% ответили положительно на вопрос о проведении бесед о правилах кормления детей. В отделении организована школа для матерей - «Правильного грудного вскармливания и профилактики гипогалактии».

Половина опрошенных хорошо оценивают в целом медицинскую помощь, оказанную – хорошо 50 % и 42 % удовлетворительно. Это показывает, что 92 % респондентов удовлетворены оказанной медицинской помощью. Остальные 8 % воздержались от ответа.

На вопрос «Доверяете ли Вы профессионализму медицинских сестер отделения» - 90% доверяют профессионализму медсестры; - 10 % воздержались от ответа.

В процессе проведения исследовательской работы, были опрошены медицинские сестры, работающие в данном отделении.

Ответы на вопрос: «Не жалеете ли Вы о выбранной профессии?», распределились следующим образом: • не жалеют 83%; • жалеют 12%; • затруднились с ответом 5 %. На вопрос: «Считаете ли Вы, что дети с экстремально низкой массой тела (500–1000 г) нуждаются в особом уходе и отношении?», положительно ответили 100% медсестер.

Ответы на вопрос о роли, которую медсестры отводят себе в выхаживании недоношенных детей, распределились так:

- главная роль принадлежит командной работе – 71%;
- главную роль отводят исключительно врачу – 29%.

На вопрос: «От чего зависит благополучный исход выхаживания детей с ЭНМТ?», даны такие ответы):

- от современной аппаратуры – 47%;
- от профессиональной грамотности среднего медицинского персонала – 58%;
- от профессионализма совместной работы медсестры и врачей – 72%.

Заключение. Преждевременные роды до настоящего времени остаются одной из ведущих причин высокой заболеваемости и смертности среди

новорожденных детей. Современные технологии позволяют выхаживать маловесных детей. Адекватный лечебно-охранительный режим является доминирующим аспектом при выхаживании недоношенных пациентов. В его организации большое значение имеет деятельность всего персонала отделения по выхаживанию недоношенных новорожденных, а особенно медицинских сестер. Постоянное наблюдение персоналом отделения за изменениями в состоянии недоношенных детей, сохранение полноценного грудного вскармливания, обучение и привлечение мам к организации квалифицированного ухода способствуют благополучному исходу и снижению сроков выхаживания недоношенного.

Из вышесказанного можно сделать вывод для того, чтобы сохранить ребенку жизнь и свести к минимуму последствия рождения раньше положенного срока нужны специальные условия и особенный уход, основанный на АФО - несовершенство терморегуляции, сниженная толерантность к пище, склонность к асфиктическим состояниям, недостаточность сопротивления к инфекциям, незрелость органов и систем. Главное в уходе - соблюдение лечебно-охранительного режима, создания комфортной окружающей среды, схожей с внутриутробной, и вскармливание материнским молоком. В случае правильного соблюдения всех медицинских правил недоношенный ребенок в последующие годы развивается аналогично доношенному младенцу.

*Сокольская Яна  
Руководитель преподаватель Панарина Елена Викторовна*

### **ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

Среди причин материнской смертности акушерские кровотечения по-прежнему занимают одно из первых мест: до 80% пациенток, умерших от акушерских кровотечений, поступили в стационар в удовлетворительном состоянии.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) занимает одно из ведущих мест среди причин материнской и перинатальной смертности. Достижения науки и практики способствовали определённым успехам в разрешении этой сложной проблемы, но всё ещё высокой остаётся частота отслойки плаценты - до 2,1% и перинатальная смертность, составляющая от 17,5 до 62,2%. Несмотря на определённые успехи в раскрытии факторов риска и механизмов развития ПОНРП, не всегда представляется возможным определить ведущий патогенетический фактор, что в значительной степени затрудняет решение вопросов профилактики и лечения.

Предотвращение массивных кровопотерь во время беременности, и особенно в родах, является важным фактором снижения материнской и перинатальной смертности.

**Цель исследовательской работы:**

Выявление на доклиническом уровне группы риска женщин по развитию преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, определение роли фельдшера в оказании неотложной доврачебной помощи при ПОНРП.

Для достижения цели и решения задач, поставленных в работе, был проведен ретроспективный анализ 43 историй родов с ПОНРП с сентября 2023г. по май 2024г. на базе ГБУЗ СК «СККПЦ». За этот период в СККПЦ было проведено 4985 родов.

Целью исследования явилось выявление на доклиническом уровне группы риска женщин по развитию преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, определение роли фельдшера в оказании неотложной помощи при ПОНРП.

Все женщины по возрасту были распределены на три группы: в первой группе юные первобеременные составили 19% (8), вторая группа - возрастные первобеременные 32% (14), и в третьей группе 49% (21) беременные оптимального возраста.

В браке состояли 75% (32), у 25% (11) - брак не зарегистрирован.

Из 43 исследованных беременных – первородящих было - 27% (12), повторнородящих 73% (31).

В результате изучения анамнеза женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты установлено, что в настоящее время ведущими факторами риска в возникновении данной патологии является ЭГП и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Из историй выяснено, что первое место - 52% (23) случаев занимает эндокринная патология, ССЗ 32% (14), гестозы 27% (12), заболевания почек 20% (9), анемия 16% (7).

Беременность при ПОНРП осложнилась: угрозой прерывания у 29 (66%), гестозом у 7(16%), крупным плодом 8 (18%), многоводием 6 (14%), СЗРП 5 (11%), травмой матки 1 (2%).

Клиническими проявлениями преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты явились: локальная боль 32 (74%), нарушения гемодинамики 27 (62%), гипертонус матки 11 (26%), острая внутриутробная гипоксия плода 38 (88%).

Диагноз ПОНРП выставлен у беременных до начала родовой деятельности у 67% (6), у 22% (2) с началом родовой деятельности, в конце первого периода родов у 11% (1).

Исследуемые беременные разделены на две группы. В первую группу вошли беременные с лёгкой формой — отслойка небольшого участка плаценты 78% (7), во вторую группу- со средней степенью тяжести — отслойка плаценты на 1/3 поверхности 22% (2).

Роды закончились операцией КС в экстренном порядке – 88% (38), через естественные родовые пути 12% (5).

Массу при рождении от 2500 до 3000г имели 21 (48%) новорожденных, от 2000 до 2500г – 16 (37%) новорожденных, от 1500г до 2000г – 3 (7,5%) ребенка, массу от 1000 до 1500г – 3 ребенка (7,5%).

Новорожденные при рождении были оценены по шкале Апгар 8-9 баллов - 6 (16%), 7-8 баллов - 19 (43%), 6-7 баллов – 11 (25%), 5-6 баллов – 4 (9%), 3-5 баллов - 3 (7%).

Послеродовый период у 18 (43%) осложнился железодефицитной анемией, у 6 (14%) послеоперационным эндометритом, у 11(25%) - субинволюцией матки, у остальных 8 (18%) протекал без осложнений, и они были выписаны домой с детьми в удовлетворительном состоянии.

Алгоритм оказания помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты:

- Определить степень тяжести общего состояния пациентки – оценка витальных функций (частота пульса, дыхания, АД, цвет кожных покровов).

- Определить шоковый индекс Алговера (Ps/cАД), кожных покровов. Следует отметить, что АД на фоне гестозов второй половины беременности может быть снижено до нормальных цифр, что маскирует истинный характер кровопотери.

- Выяснить акушерскую ситуацию (срок беременности, наличие или отсутствие регулярной родовой деятельности, характер появления болей в матке, их локализация). Выявить изменения формы матки, определить ее тонус, болезненность, наличие симптомов раздражения брюшины, степень и характер кровотечения из родовых путей.

- Оценить состояние плода (шевеление, сердцебиение).

- Ввести внутривенно 5% раствор глюкозы или изотонический раствор натрия хлорида, плазмозаменители — полиглюкин или реополиглюкин.

Срочно госпитализировать пациентку с ПОНРП в ближайший акушерский стационар в сопровождении мед. персонала.

### **Практические рекомендации**

Среди профилактических мероприятий, направленных на предотвращение преждевременной отслойки плаценты наиболее важными, являются следующие:

1. С ранних сроков беременности необходимо выявлять у беременной возможные факторы риска, которые могут привести к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Проводить тщательное обследование и лечение сопутствующих заболеваний и осложнений, с контролем за эффективностью проводимого лечения.

2. Особое внимание следует уделить беременным с гестозом. Своевременно госпитализировать беременную в родильный дом при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях - дородовая госпитализация на 38 неделе беременности. В индивидуальном порядке решается вопрос о сроках и способе родоразрешения.

3. Проводить широкую разъяснительную работу среди населения о том, что при малейших болях в животе у беременной, необходима срочная госпитализация в роддом, где специалисты уточнят причину болей.

4. Выделять беременных с факторами высокого риска по ПОНРП, наблюдение и лечение их.

Госпитализировать до родов во избежании материнской смертности и процента оперативных вмешательств.

#### **Библиографический список**

1. Айламазян Э. К., Репина М. А., Кузьминых Т. У. Акушерские кровотечения: профилактика и лечение. //Акушерство и гинекология, 2019. №3

2. Грицан Г. В. Интенсивная терапия критических состояний в акушерстве и гинекологии: вопросы методологии и организации. Новосибирск, 2019г

3. Кровотечения в послеродовом периоде. Методическое письмо №1812 – ВС МЗ и СР от 13 марта 2020г.

4. Кулаков А. В. Интенсивная терапия массивной кровопотери и геморрагический шок в акушерстве. //Тезисы IXРоссийского конгресса анестезиологов и реаниматологов – СПб., 2020г.

5. Кулаков В. И., Айламазян Э. К., Радзинский В. Э., Савельева Г. М. Национальное руководство по акушерству. ГЭОТАР- Медиа. 2019 г.
6. Кулаков В. И., Серов В. А., Абубакирова А. М., Баранов И. Н., Кирбасова Н. П. Пути снижения материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями. // Акушерство и гинекология - №1 – 2019г.
7. Левсете Е. М., Боринская И. Г., Чернова Е. А. Оперативная кровопотеря: измерение, лечение. //РМЖ, 2020 №3
8. Радзинский В. Е., Жуковский Я. Г., Оленева Т. В. Лечение гипотонических маточных кровотечений. Новая технология старого метода. // Акушерство и гинекология,2021. №1
9. Репина М. А. Материнская смертность при акушерских кровотечениях и проблемы маточного гемостаза. Журнал акушерства и женских болезней. - 2019.- №3
10. Репина М. А., Фёдорова З. Д. Акушерские кровотечения: вопросы профилактики и интенсивной терапии. //Акушерство и гинекология 2019. - №1.
11. Савельева Г. М., Курцер М. А., Шалина Р. И. Материнская смертность и пути её снижения. //Акушерство и гинекология 2019. №3
12. Савельева Г. М., Шалина Г. И., Сичинава Л. Г., Панина О. Б.,Курцер М. А. Акушерство: учебник для вузов. М.2019.
13. Серов В. Н., Маркин С. А. Критические состояния в акушерстве: руководство для врачей. М., Медиздат, 2020г.
14. Серов В. Н. Профилактика материнской смертности. РМЖ 2019; 16:1:3
15. Стрижаков А. Н., Баева О. Р., Старкова Т. Г., Рыбин М. В. Физиология и патология послеродового периода. //М. Издательство «Дом династия»,2020.
16. Фаткуллин И. Ф., Зафирова Т. П. Неотложная помощь при акушерских кровотечениях. Казань, 2019.

17. Е. А. Чернуха, В. И. Кулаков, Серов В. Н., Абубакирова А. М., Баранов И. И., Фёдорова Г. А. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. 2020

18. Чернуха Е. А. // Родовой блок. М., 2019

19. Е. М. Шифман, О. Л. Полянчикова, О. Р. Баев Послеродовое кровотечение (профилактика, лечение, алгоритм ведения) //Акушерство и гинекология 2020.- №4.

20. Министерство здравоохранения РФ, методическое письмо «Материнская смертность в Российской Федерации в 2020 году». М., 2021.

21. Александрова Г.А. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Москва, 2020. С. 18–20.

*Цигина Ангелина Евгеньевна  
Руководитель преподаватель И.В. Романченко*

## **АССОРТИМЕНТ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБЛЫСЕНИЯ**

Актуальность изучения проблемы облысения обусловлена значительной распространенностью этого заболевания и низкой эффективностью существующей терапии. Особенно часто вопрос потери волос и ухудшения их качества стал рассматриваться как осложнение после перенесенного ковида-19. В нашем исследовании рассматривается ассортимент наиболее действенных лекарственных средств и парафармацевтических продуктов, применяемых для лечения облысения.

Облысение или алопеция это патологическое выпадение волос на волосистой части головы, на лице, реже — на туловище и конечностях, возникающее в результате повреждения волосяных фолликулов

Все классификации аллопеции объединяют ее виды в две большие группы, это рубцовая и нерубцовая аллопеция.

Нерубцовая алопеция, составляет до 95% всех заболеваний волос и подразделяется на диффузную, очаговую, или гнездную и андрогенетическую.

От выпадения волос не застрахован никто. Восстановить волосы можно, но процесс требует немало времени и сил. Начинать следует с выявления причины, вызвавшей алопецию и общих принципов лечения.

Это:

- Улучшении микроциркуляции крови и обменных процессов в пораженных участках с помощью препаратов
- Применении иммуномодуляторов
- Местном применении глюкокортикоидов с целью подавления аутоиммунной агрессии.
- Использовании биостимулятора роста волос (Миноксидил).
- Миноксидил дает прекрасные результаты при лечении выпадения волос.

В настоящее время существует довольно широкий арсенал средств, которые применяются в комплексном лечении потери волос. В этот перечень включены: препараты для внутреннего применения, гомеопатические и народные средства, лекарственные средства для местного применения и парафармацевтическая продукция (спреи, лосьоны, гели, шампуни и тому подобное).

Перечень препаратов, предназначенных для внутреннего приема, может варьироваться в зависимости от выявленных сопутствующих патологий.

Чтобы остановить алопецию, прием медикаментов сочетают с местным лечением. Для этого используют различные спреи, мази, кремы, шампуни, растворы способствующие активизации роста волос. Популярностью пользуются такие шампуни, как «Алерана», «Фитовал», «Виши», «Селенцин».

Востребована в терапии алопеции и гомеопатия. Перечень средств и фармакологические эффекты этих препаратов вы видите на экране (знать текст со слайда)

Некоторые препараты, предназначенные для местного использования, способны стать альтернативой кортикостероидам. Такие растворы

обеспечивают сосудорасширяющее воздействие, пробуждают «спящие» луковицы, стимулируют рост новых прядей. Лекарственным средством первой линии для лечения облысения, по праву считается Миноксидил, который стимулирует рост волос. Миноксидил усиливает синтез факторов роста не только фактора роста сосудистого эндотелия, но и фактора роста фибробластов и инсулиноподобного фактора роста, которые стимулируют процессы роста в волосяном фолликуле и запускают фазу анагена.

В аптеках города Ставрополя ассортимент препаратов с действующим веществом миноксидил представлен пятью наименованиями: "Рогейн", "Косилон», «Алерана» «Ревасил», «Генеролон» в разных лекарственных формах, концентрации и дозировке. Эти препараты в основном имеют общие показания, противопоказания и побочные эффекты, что характерно для лекарственных средств одной фармакологической группы. Все вышеперечисленные препараты идентичны по составу. Эффект от их применения возникает примерно к 4 - 6 неделе лечения. Они содержат миноксидил, воду, этанол и пропиленгликоль. У людей с чувствительной кожей и склонностью к аллергическим реакциям использование данных препаратов может вызвать дерматит

Был проведен сравнительный анализ цен, производителей и лекарственных форм препаратов миноксидила. Эти препараты заметно отличаются друг от друга по цене, концентрации и лекарственной форме имея примерно одинаковый механизм действия и уровень безопасности.

Большинство препаратов миноксидила импортного производства, в виде спрея и пены для наружного применения. Аналоги миноксидила взаимозаменяемыми по воздействию на организм. Отзывы пациентов, применявших миноксидил для лечения облысения, преимущественно положительные. К отрицательным моментам можно отнести стоимость препарата, которую большинство пациентов считают завышенной

Далее были проведены исследования различных лекарственных форм продуктов линии HairFOOD в ассортименте аптек Революционный состав

продукции HairFOOD на основе пептидов - факторов роста - восстанавливает естественные функции роста волос.

Средства от выпадения волос HairFOOD это продукт клиники Real Trans Hair, которая является дочерним предприятием корейского института Caregen

Эти средства отличаются от других. Основное отличие данной парафармацевтической продукции, это отсутствие В линии HairFOOD подобран набор активных веществ, Таких как: пептиды - факторы роста; молекула ActiAna - усилитель и пролонгатор действия пептидов; натуральные растительные и витаминные комплексы для роста волос; более двадцати других компонентов, работающих с определенными проблемами волос. HairFOOD предлагает препараты как для мужчин, так и для женщин Сыворотки HairFOOD помогают при всех основных типах выпадения, подходят для укрепления, а также улучают качество волос и усиливают их рос

Продукты линии HairFOOD при алопеции, которые есть в наличии в аптеках города Ставрополя, имеют достаточно высокую цену, выпускаются в виде сыворотки для втирания в волосистую часть головы. Данные сыворотки делятся на две группы: для применения у мужчин (15%) и для применения у женщин (10%).

Таким образом алопеция является безусловным показанием к началу использования миноксидила. Который входит в состав, в качестве лечебного компонента в спреи Генеролон, Косилон. Алерана, Регейн, Ревасил. Препараты предназначенные для применения у мужчин выпускаются в более высоких концентрациях, у женщин в более низких и в 2 -х лекарственных формах.

Также было проведено исследование на импортозамещение препаратов ассортимента ЛС применяемых при алопеции и установлено, что импортных препаратов данной группы в аптеке больше (80%) чем отечественных.

Расширение спектра препаратов, предназначенных для лечения облысения, позволяет надеяться на улучшение результатов борьбы с этим недугом.

*Щербина-Морева Варвара  
Руководитель преподаватель И.В. Романченко*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА**

Значимость данной темы заключается в том, что на сегодняшний день в России создаются условия для обеспечения пациентов со среднетяжелой и тяжелой формой течения псориаза необходимыми лекарственными средствами,

Такая терапия дает возможность обеспечить стойкую ремиссию, сохраняет трудоспособность и повышает социализацию пациентов благодаря быстрому достижению эффекта. Также, это один из способов повышения доступности качественной высокоэффективной медицинской помощи на региональном уровне, изучение особенностей данной группы лекарственных средств ставит перед медициной и фармацией задачу поиска и внедрения в практику новых лекарственных средств, повышающих эффективность классических схем лечения.

Псориаз представляет собой заболевание хронического типа, поражающее разные участки кожи. Проявляется в виде выпуклых бляшек в области локтевых и коленных суставов, головы, спины, реже ногтей и половых органов. Болезнь не является инфекционной и возникает по разным причинам.

Самыми распространенными причинами считаются следующие: изменения иммунологического типа, генетическая предрасположенность, стрессы, грибки, прием определенных лекарств.

Социально-психологические скрининги подтверждают, примерно половина здоровой популяции считает людей с признаками псориаза непривлекательными. Уже одно это неизбежно угнетает и травмирует психику

пациента, приводя к депрессии, социальной изоляции, сексуальному одиночеству. Но, есть еще и собственно клиническая картина, выраженная в некоторых случаях до инвалидизирующей степени. В основном псориаз проявляется в возрасте до 20 лет. Им болеет 3% от всего населения Земли.

Известны следующие клинические варианты псориаза:

- Бляшечный (вульгарный)-характеризуется появлением традиционных бляшек, покрытых бело-серыми чешуйками.
- Каплевидный - появляются многочисленные и довольно мелкие высыпания с чешуйками по всей поверхности тела.
- Пустулезный - характеризуется образованием гнойничков.
- Ладонно – подошвенный.
- Эксудативный.
- Эритродермия - является тяжелой формой заболевания, так как при этом поражается почти вся поверхность кожи и возникают системные реакции (температура, увеличение лимфоузлов, нарушение состава крови).

Существует несколько направлений борьбы с псориазом, и для того, чтобы лечение было успешным, надо применять комплексный подход. Схема лечения псориаза зависит от тяжести заболевания. В легких случаях (если поражено менее 3% площади тела) назначают препараты для наружного применения — мази и кремы.

На сегодняшний день известно свыше двадцати достаточно эффективных терапевтических схем, позволяющих добиваться стойкой качественной ремиссии, вплоть до полного исчезновения видимых и ощутимых симптомов. Все эти схемы носят комплексный характер, и все требуют длительного, терпеливого, аккуратного выполнения врачебных предписаний. В особенности «аккуратного», – потому, что те же солнечные ванны в разных случаях могут приносить как облегчение, так и обострение.

Самыми популярными инновационными медикаментами, противостоящими псориазу, являются:

Инфликсимаб. Данное средство применяли для лечения артрита и других болезней, но максимальную эффективность препарат показал по отношению к псориазу. Несмотря на пользу средства, его назначают крайне редко, поскольку медикамент вызывает тяжёлые побочные эффекты, в виде сепсиса, вторичной инфекции, листериоза, вплоть до появления раковых опухолей.

Хумира, Стелара, Ремикейд. Биологические препараты, подавляющие активность иммунных клеток. Средства хорошо подходят, если патологию провоцирует иммунная гиперактивность. В итоге, псориазные бляшки исчезают, и болезнь уходит на стадию ремиссии.

Неотигазон, Этретинат, Ацитретин, Тигазон. Лекарства относятся к ретиноидам. Регулируют кожное ороговение и стимулируют восстановление кожных клеток. Лечиться таблетками можно до 2-х месяцев, но самостоятельно назначать их себе запрещается, поскольку препараты имеют большой список противопоказаний к применению.

Сейчас в аптеках представлено множество самых разных средств от псориаза, которые помогут справиться с неприятными. существует несколько видов медикаментов, которые назначают больным при диагностированном псориазе. Они отличаются по форме выпуска, эффективности, времени действия, составу и другим показателям

Критерии выбора таких средств:

- Форма выпуска. Специалисты советуют выбирать препарат, в первую очередь, исходя из степени тяжести болезни. Также стоит обратить внимание на разный принцип действия каждого из них.
- Соотношение цены и качества. Некоторые производители предлагают товары по завышенным ценам, поэтому перед покупкой следует сравнить несколько аналогичных препаратов.
- Отзывы покупателей укажут на результат после применения того или иного средства и помогут определиться с выбором.

- Рекомендации специалистов. Перед покупкой лекарства от псориаза обязательно следует проконсультироваться с врачом.

Большинство описанных препаратов имеют разные формы выпуска, которые показывают примерно одинаковую эффективность результативность.

Гормональные мази такие как Синафлан, Белосалик Флуцинар при неправильно подобранных дозировках могут вызывать серьезные некротические и инфекционные поражения кожи. Лечить подобные нарушения крайне сложно и иногда можно только незначительно снять проявление подобной терапии. При назначении гормональных спреев больной может столкнуться с теми же побочными эффектами, что и при использовании мазей. Следует строго соблюдать дозировки и количество распылений.

Таблетки (Метотрексат, Псорилон) назначаются только при самых осложненных формах болезни, когда использование местных препаратов не дает должного результата. Как только удастся перевести псориаз в среднюю стадию, их следует сразу отменить.

Сильной стороной таких кремов как Акридерм, Мезодерм, Бетадерм является их долгое использование без проявления даже малейшего атрофического процесса. Но несмотря на это, их прием должен контролироваться дерматологом, чтобы избежать других осложнений.

Никогда не стоит самостоятельно назначать себе инъекции таких препаратов как Дипроспан и Реамберин при наличии псориаза, так как их действие до конца не изучено, и у больного могут быть спровоцированы неожиданные побочные эффекты.

Если в лосьонах от псориаза, таких как Каламин, Оксипор, Дайвонекс содержится какой-то витаминный комплекс, важно узнать точное количество этого компонента в организме пациента, чтобы не допустить развития гипервитаминоза. Это состояние не только ухудшает общее здоровье пациента, но и отрицательно воздействует на очаги псориаза.

В УИРСе представлен рейтинг лучших препаратов по отзывам врачей и пациентов. При его составлении учитывались следующие характеристики:

- ОТЗЫВЫ;
- качество;
- эффективность;
- доступность

#### Лучшие кремы от псориаза

- Тридерм -Эффективное средство на начальном этапе
- Home Health Psoriasis Cream -Отличное соотношение цены и

качества

- Пикладол- Лучшая цена

#### Лучшие мази от псориаза

- Дермовейт -Самая эффективная гормональная мазь
- Магнипсор -Лучшая мазь премиум-класса
- Король кожи-Популярное средство, лучшие отзывы

#### Лучшие таблетки от псориаза

- Циклоспорин--Мощное воздействие, заметный результат
- Псориллом-Отличный состав из натуральных компонентов
- Метипред-Лучшее соотношение цены и качества
- Эссенциале Форте-Самый эффективный гепатопротектор при

псориазе

#### Лучшие витамины от псориаза

- Витамин А (ретинол)-Самые эффективные витамины при псориазе

#### Лучшие шампуни от псориаза

- Скин-кап-Лучшая эффективность, отличный состав
- Либредерм Цинк-Низкая цена, мягкий уход за волосами
- Фридерм-деготь-Высокое итальянское качество, моментальное

уменьшение зуда

В заключении хочу сказать, что единственного эффективного средства от псориаза не существует. Хроническая патология не лечится полностью, но при правильной постоянной схеме терапии можно купировать проявление неприятных симптомов на продолжительный срок

Устранить проявления псориаза можно комплексом терапевтических методик и использованием эффективных синтетических препаратов. Фармацевтические компании предлагают своим потребителям нейтрализацию внешних и внутренних симптомов псориаза. Улучшение действия лекарственных средств происходит при применении таблеток и особой диеты, ведении здорового образа жизни и подборе грамотных средств наружного применения.

Отличные результаты при лечении псориаза и дерматита показывают народные препараты. В эффективных рецептах применяются только натуральные ингредиенты, что позитивно отражается на самочувствии пациента.

Выбор препарата зависит от личных предпочтений и показаний соответственно течения болезни.

На просторах фармацевтического рынка представлено огромное количество эффективных препаратов местного воздействия. При отсутствии необходимого лекарства можно с легкостью найти аналоги. Цена медикаментов с одинаковым наименованием различается при покупке: она зависит от производителя, места продажи, формы выпуска.

*Абдурахманова Галимат, Гамзатова Н.Х.  
Руководитель преподаватель Шелиган В.А.*

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ**

Снижение объема физической активности, вследствие урбанизации и автоматизации процессов труда при высоком уровне психоэмоционального напряжения оказывает неблагоприятное влияние на деятельность различных органов и систем. Поэтому повышение массы тела является фактором риска развития артериальной гипертензии, сахарного диабета, ишемической болезни сердца, атеросклероза и других сопутствующих заболеваний.

Ожирением называют увеличение веса за счет жировой ткани:

у мужчин более чем на 25%,

у женщин — на 30%,

у детей – обычно если вес превышает 120% идеального для данного возраста.

Одной из основных причин возникновения ожирения наряду с нарушением режима питания является снижение физической активности человека, поэтому проведение реабилитации с использованием физических упражнений при данном заболевании представляется достаточно аргументированным.

Реабилитация зависит от степени ожирения, наличия сопутствующих заболеваний, других факторов риска. Существуют четыре основных принципа реабилитации при ожирении: снижение калорийности пищи, изменение состава пищи, увеличение физической активности, психотерапия (чаще всего применяется так называемая поведенческая психотерапия). Медикаментозное и хирургическое лечение применяют только при ожирении III степени.

При реабилитации больных с ожирением применяется комплекс методов, важнейшими среди которых являются физические упражнения и диета, направленный на выполнение следующих задач:

- улучшение и нормализацию обмена веществ, в частности, жирового обмена;
- уменьшение избыточной массы тела;
- нормализация функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем организма, страдающих при ожирении;
- улучшение и нормализация двигательной сферы больного;
- повышение неспецифической сопротивляемости.

Важное место в лечении и реабилитации при ожирении занимает рациональное питание с ограничением жиров и углеводов.

В рационе питания, кроме того, нужно предусмотреть

- 1) ограничение в суточном приеме свободной жидкости до 1 – 1,2 л, что усиливает распад жира как источника «внутренней» воды;

2) ограничение количества поваренной соли до 5 – 8 г в день. Пищу готовят почти без соли, добавляя ее во время еды, исключают соленые продукты;

3) исключение алкогольных напитков, которые ослабляют самоконтроль за потреблением пищи и сами являются источником энергии;

4) исключение возбуждающих аппетит блюд и продуктов пряностей, крепких бульонов и соусов;

5) режим 5 – 6 разового (дробного) питания с добавлением к рациону между основными приемами пищи овощей и фруктов;

6) употребление в питании продуктов (чернослив, курага, свекла), способствующих нормальному опорожнению кишечника.

Лечебное влияние физических упражнений при ожирении осуществляется в основном по механизму трофического действия. Физические упражнения оказывают общетонизирующее влияние на организм и нормализующее воздействие на нервную и эндокринную регуляцию всех трофических процессов, что приводит к нормализации нарушенной функции.

Метод лечебной физкультуры является патогенически обоснованным, а потому важным и неотъемлемым элементом комплексной реабилитации больных ожирением. При выборе физических упражнений, определении скорости и интенсивности их выполнения следует учитывать, что упражнения на выносливость (длительные умеренные нагрузки) способствуют расходу большого количества углеводов, выходу из депо нейтральных жиров, их расщеплению и преобразованию.

ЛФК назначается во всех доступных формах, подбор их должен соответствовать возрастным и индивидуальным особенностям больных, обеспечивая повышенные энерготраты. Целесообразно использование физической нагрузки средней интенсивности, способствующей усиленному расходу углеводов и активизации энергетического обеспечения за счет расщепления жиров.

Задачи лечебной физкультуры состоят в следующем:

- стимулировать обмен веществ, повышая окислительно-восстановительные процессы и энергозатраты;
- способствовать улучшению нарушенного функционального состояния сердечно-сосудистой системы и дыхания;
- снизить массу тела больного в сочетании с диетотерапией;
- повысить физическую работоспособность;
- способствовать нормализации жирового и углеводного обмена.

Показаниями к назначению лечебной физкультуры служат первичное и вторичное ожирение I, II, III, IV степеней. В этом случае возможны утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, упражнения на тренажерах, дозированные прогулки по ровной местности и с восхождениями (терренкур), специальные упражнения в бассейне, плавание в открытых водоемах, бег, туризм, гребля, катание на велосипеде, лыжах, коньках, подвижные и спортивные игры.

Противопоказания касаются в основном занятий на тренажерах

- ожирение любой этиологии IV степени;
- сопутствующие заболевания, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения II и III стадии;
- гипертензионные и диэнцефальные кризы;
- обострения калькулезного холецистита;
- повышение АД выше 200/120 мм рт. ст.;
- урежение пульса до 60 ударов в минуту.

В лечебной физкультуре общая физическая нагрузка должна быть субмаксимальной и индивидуализированной в соответствии с функциональными возможностями организма больного. Для достижения наибольшего эффекта различные формы лечебной физкультуры должны чередоваться в течение дня. Продолжительность каждой процедуры лечебной гимнастики - от 5 до 45-60 мин. В лечебной гимнастике следует использовать предметы и снаряды-медицинболы (1-4 кг), гантели (1-3 кг), эспандеры и т. д.

Помимо ЛГ, УГГ больным рекомендуют дозированную ходьбу и бег, прогулки, спортивные игры, активное использование тренажеров. В последующем физические упражнения направлены на то, чтобы поддержать достигнутые результаты реабилитации; применяются бег, гребля, плавание, велосипед, зимой – ходьба на лыжах.

Исследовательская часть работы проведена в отделение реабилитации 2ой детской поликлиники. Такой выбор был обоснован тем фактом, что до 60% детей с ожирением почти наверняка будут иметь проблемы с лишним весом во взрослом возрасте. Многие заболевания, характерные для взрослых людей с лишним весом, начинают проявлять себя уже в детском возрасте. Поэтому реабилитация должна начинаться в детском возрасте.

При анкетировании выявлены нарушения в режиме питания у 44% опрошенных, у 67% были указания на употребление фастфуда и сладких газированных напитков, 49% отметили низкую физическую активность. (многие дети не посещали уроки физкультуры в силу различных причин).

Надо отметить, что не только дети, но 66% родителей имеют дефицит знаний по вопросам лишнего веса.

В процессе проведения работы все пациенты с ожирением были разделены на две группы. 1-ая группа – это впервые проходящие реабилитацию и 2-ая - проходящие реабилитацию повторно.

У пациентов первой группы были получены следующие результаты:

52% занимаются регулярно и выполняют строго все рекомендации по диете.

30% пренебрегают физическими упражнениями, считая, что достаточно только соблюдения диеты.

18% отдают предпочтение физическим занятиям и считают, что при этом диету можно не соблюдать.

Мнение о результативности проводимых реабилитационных мероприятий разделились следующим образом: 64% опрошенных считают, что проводимые мероприятия помогут им в нормализации веса. 36%

сомневаются в успехе, так как не получают быстрых результатов. Это может в свою очередь снизить эффективность проводимой реабилитации.

В группе пациентов, повторно проходящих реабилитацию в успехе по снижению веса уверены 87% опрошенных. Это объяснить можно тем, что результаты у них уже получены. 13% считают, что проводимая реабилитация не результативна, так как они не в полной мере выполняют данные им рекомендации.

89% опрошенных родителей считают, что помощь в отделении реабилитации их детям оказана в полном объеме. 11% считают, что рекомендации данные медицинской сестрой не имеют значения.

Однако, в некоторых анкетах родители выражали благодарность медицинским сестрам отделения реабилитации за проводимые мероприятия и психологическую поддержку.

#### Выводы

1. В последние десятилетия заметно возрос интерес медицинских работников к проблеме ожирения. Это связано в первую очередь с увеличением частоты ожирения как у мужчин и женщин, так и у детей и подростков, и с тем, что его осложнения характеризуются изменениями практически всех органов и систем, ухудшают качество жизни и уменьшают продолжительность жизни. Согласно современному определению, ожирение – это хроническое, многофакторное заболевание, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, которое при прогрессирующем течении осложняется нарушением деятельности органов и систем.

2. Основные принципы реабилитации при ожирении: снижение калорийности пищи, изменение состава пищи, увеличение физической активности, психотерапия (чаще всего применяется так называемая поведенческая психотерапия).

3. Современный подход при организации реабилитации не только делает медсестру активным участником лечебно-реабилитационного процесса, но и предъявляет к ней высокие требования – предупредить,

облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы и трудности, возникающие у пациента в процессе реабилитации. Направленность действий медсестры зависит от имеющихся у пациента проблем.

Рекомендовано медицинской сестре проводить контроль двигательного режима и режима питания; систематически контролировать массу тела, АД, ЧДД, пульса. Необходимо проводить беседы о значении соблюдения режима двигательной активности и диеты.

*Е.В. Строполова*

*Руководитель преподаватель ЦМК терапии, к.м.н. Е.Н. Мисетова*

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

Диспансеризация – комплекс мероприятий, направленных на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, а также риска их развития. За счет регулярных медицинских осмотров и анализов, диспансеризация позволяет формировать статистику заболеваемости и планировать меры по улучшению здоровья населения.

Согласно данным официальной статистики, в России в 2022 году диспансеризацию прошли свыше 33 миллионов человек в возрасте старше 18 лет. Диагноз из группы болезней системы кровообращения был поставлен свыше 1 миллиона россиян, заболевания эндокринной системы, а именно сахарный диабет II типа по итогам диспансеризации был впервые поставлен 76 тысяч человек, онкология обнаружена более чем у 42 тысяч граждан, заболевания дыхательной системы впервые были зафиксированы почти у 200 тысяч россиян.

В Ставропольском крае диспансеризацию прошли 433 тысячи человек, что составляет 78 % от годового плана. Углубленную постковидную диспансеризацию прошли 140 тысяч человек. На второй этап диспансеризации было направлено более 92 тысяч человек. По итогам диспансеризации в

Ставропольском крае у 38 % жителей не было выявлено проблем со здоровьем, а оставшиеся 68 % получили соответствующее лечение.

Диспансеризация по отношению к населению может быть индивидуальной, групповой и популяционной.

Первоначальный этап диспансеризации нужен для определения симптомов хронических неинфекционных заболеваний, а также идентификации факторов риска. Включает в себя:

1. Опрос (анкетирование) направленно на выявление факторов риска и первых признаков заболевания.
2. Антропометрия, которая включает в себя измерение роста, массы тела и окружности талии, так же расчет индекса массы тела.
3. Измерение артериального давления на периферических артериях.
4. Определение уровня общего холестерина в крови.
5. Определение уровня глюкозы в крови натощак (возможно проведения экспресс-методом и лабораторное исследование).
6. Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска в возрасте от 29-39 лет и определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска в возрасте от 40 до 65 лет.
7. Электрокардиография в покое.
8. Флюорография легких не проводится гражданам если в текущем году уже проводились флюорография, рентгенография, компьютерная томография органов грудной клетки.
9. Осмотр фельдшером или акушером.
10. Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ)
11. Маммография обеих молочных желез женщинам в возрасте от 39 до 75 лет в двух проекциях.
12. Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка.
13. Определение простат-специфического антигена в крови.
14. Исследование кала на скрытую кровь.

15. Проведение индивидуального профилактического консультирования врачом-терапевтом для граждан в возрасте от 18 до 39 лет, а также в отделении медицинской профилактики или центре здоровья для граждан в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год.

После проведения медицинских вмешательств необходимо определение группы здоровья, в соответствии с этим выделяют:

– I группа здоровья – пациенты не имеют факторов риска или имеют их в низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также не страдают хроническими неинфекционными заболеваниями.

– II группа здоровья – граждане, не страдающие хроническими заболеваниями, но обладающие факторами риска их развития.

– III а группа здоровья – граждане, имеющие хронические заболевания, которые требуют установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной помощи.

– III б группа здоровья – граждане не имеющие хронические заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения.

Выделяют также группы диспансерного наблюдения, которые подразделяются на:

1 группа – больные с частыми госпитализациями, от одного до 4-5 и более раз в год.

2 группа – относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях.

3 группа – включаются больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями.

4 группа – больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально-трудовой реабилитации.

5 группа – нуждаются в эпизодическом или контрольном наблюдении, находятся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально-

трудовой адаптацией. Нуждается в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной адаптации.

Диагностические критерии факторов риска, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: наследственность, стресс и психические перенапряжения, наличие вредных привычек, повышенный уровень холестерина и глюкозы, гиподинамия, избыток соли в пище, ночное апноэ, избыточная масса тела, повышенное артериальное давление.

Медицинская сестра обеспечивает аккуратную и качественную подготовку к проведению специализированных медицинских исследований. Она должна уметь организовать и контролировать их проведение, а также правильно обработать полученные данные для последующего анализа. Лабораторные исследования могут включать общий анализ крови, биохимический анализ, анализ мочи, анализ кала и другие анализы, в зависимости от состояния конкретного пациента. Такие исследования помогают установить наличие или отсутствие факторов риска для наступления заболеваний, а также дать первичную оценку текущего физического состояния пациента.

План краткого профилактического консультирования в рамках первого этапа диспансеризации при гипертонической болезни:

Информировать пациента:

- о выявленных заболеваниях и группе здоровья,
- имеющихся у него факторах риска,
- величине суммарного сердечно-сосудистого риска,
- уровнях артериального давления,
- частоте сердечных сокращений,
- уровне общего холестерина, глюкозы крови (других объективных показателях),
- о результатах клинико-инструментальных исследований,
- о рекомендуемых для его возраста целевых уровнях факторов риска,

– о возможности получить в поликлинике углубленное профилактическое консультирование,

– о необходимости и периодичности диспансерного наблюдения.

Объяснить пациенту с факторами риска артериальной гипертензии и высоким/очень высоким сердечно-сосудистом риске:

– негативное влияние выявленных у пациента факторов риска на его здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни,

– необходимость повышения ответственности за здоровье, регулярного контроля факторов риска, особенно поведенческих,

– основные принципы самоконтроля артериального давления в домашних условиях,

– основы доврачебной самопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях и взаимопомощи при очень высоком и высоком сердечно-сосудистом риске.

Контролировать выполнение рекомендаций:

– регистрировать в амбулаторных картах факторы риска, величину сердечно-сосудистого риска, рекомендации, сроки повторных посещений,

– одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций,

– повторять советы при последующих визитах, при показаниях, направлять в отделения медицинской профилактики для углубленного профилактического консультирования.

С целью исследования факторов риска было проведено анкетирование на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая консультативно-диагностическая поликлиника» в кабинете медицинской профилактики, участие приняли 20 человек.

Важно учитывать пол пациентов, которые проходят диспансеризацию. Больше половины прошедших анкетирование составляют женщины (65 %), мужчины составляют 35 %.

Возраст пациентов от 18-39 лет составляет 20 %, от 40-45 лет – 35 %, наиболее часто диспансеризацию проходят в 46-64 года (40 %), в возрасте 65 лет и старше составляет 5 %.

На основе анкетирования было выявлено 20 % пациентов с нормальным артериальным давлением, с 1 степенью гипертонии 40 %, со 2 степенью (умеренной) гипертонией 25 %, пациенты с 3 степенью (тяжелой) гипертонии составили 15 %.

Важным фактором риска является количество сигарет, которое выкуривает пациент за сутки. Более половины прошедших анкетирование выкуривают более 11 сигарет за сутки (65 %), меньше 10 сигарет выкуривает 26 % пациентов и всего 9 % пациентов, которые не курят.

Почти у половины пациентов была определена норма общего холестерина (49 %), пациенты с повышенным уровнем холестерина составляют 43 %, и пациенты с высоким уровнем холестерина составляют 9%.

Более половины прошедших анкетирование составляют пациенты, чья физическая активность составляет до 30 минут в сутки (60 %), пациенты с физической активностью более 30 минут в сутки составляет 40 %.

При проведении антропометрии было выявлено 10 % пациентов с выраженным дефицитом массы тела, пациенты с нормальной массой тела составили 26 %, избыточную массу тела имели 32 % пациентов, ожирение 1 степени обнаружено у 16 % пациентов, ожирение 2 степени – 11 %, ожирение 3 степени выявлено у 5 % пациент.

Нормальный уровень глюкозы обнаружен у 42 % пациентов, повышенное содержание глюкозы у 36 % пациентов, гипергликемия 16 %, уровень глюкозы более 11,1 ммоль/л и выше у 6 % пациентов.

Более, чем у половины прошедших анкетирование отсутствует ночное апноэ (59 %), пациенты у которых имеется ночное апноэ составляет 41 %.

Полученные данные указывают на то, что основными факторами риска являются: наличие вредных привычек, повышенный уровень глюкозы и холестерина, гиподинамия, избыток соли в пище, ночное апноэ, избыточная

масса тела, повышенное артериальное давление, а также немодифицируемые факторы.

*Е.Г. Астанина*  
*Руководитель преподаватель ЦМК терапии, к.м.н. Е.Н. Мисетова*

## **ИЗУЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Заболевания желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) в настоящее время являются одной из наиболее распространенных причин смерти населения во всем мире.

В России болезни ЖКТ занимают 4-е место в структуре общей заболеваемости (7,7 %) и смертности (5,2 %).

По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения в середине XXI века заболевания ЖКТ будут занимать одно из ведущих мест, что во многом обусловлено образом жизни современного человека (нерациональное питание, гиподинамия, вредные привычки, стрессы), увеличением в рационе питания недоброкачественных продуктов, ухудшением состояния окружающей среды.

Частота неспецифической абдоминальной боли достигает 22,9 случая на 1000 населения. В странах Европы около 49 миллионов человек страдают от боли и 11,2 млн. – от боли высокой интенсивности, что составляет примерно 19% всего населения. Качество жизни больных с патологиями ЖКТ снижается не только за счет испытываемых болевых ощущений и дискомфорта, но и за счет необходимости в периодическом обследовании, соблюдении диеты, лечении, ограничении физической активности и трудовой деятельности.

Выделяют множество хронических заболеваний ЖКТ, вызываемых различными причинами. Наиболее часто встречающимися из них являются хронические гастриты, панкреатиты, холециститы, гепатиты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, каждая из которых имеет характерный симптомокомплекс.

## Основные синдромы и симптомы, встречающиеся при хронических заболеваниях ЖКТ

1. Синдром абдоминальной боли. Боль в зависимости от её источника может локализоваться в эпигастральной, околопупочной областях, правой или левой половинах живота, носить ноющий, тянущий, давящий, распирающий характер.

2. Диспепсический синдром: чувство тяжести в той или иной области, сухость и горечь во рту, вздутие живота, снижение аппетита, неустойчивый стул (запор, диарея), тошнота, рвота, отрыжка, изжога, плохая переносимость определенных видов пищи.

3. Астеновегетативный синдром: слабость, утомляемость, снижение работоспособности, нарушение сна, раздражительность, головные боли.

4. Снижение или увеличение массы тела

5. Синдром холестаза – застой желчи, сопровождающийся холестатической желтухой (желтушность склер, кожных покровов и наличие кожного зуда).

6. Гепатомегалия – увеличение печени.

Диагностика любой хронической патологии ЖКТ основывается на субъективных и объективных методах обследования. К субъективным относятся: сбор анамнеза, выявление наличия перенесенных заболеваний, которые могли повлечь за собой хронизацию патологического процесса, фиксирование жалоб пациента. Объективными методами являются: осмотр пациента, пальпация, перкуссия и аускультация живота.

К дополнительным методам исследования, проводимым для диагностики хронической патологии ЖКТ относятся:

1. Лабораторные методы: клинический анализ и биохимические исследования крови; исследование мочи (общий анализ); исследование кала.

2. Рентгенологические методы: рентгенография желудка, холецистография, компьютерная томография.

3. Эндоскопические методы: ФЭГДС, лапароскопия, ретроградная холангиопанкреатография. При эндоскопическом обследовании проводится прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием биоптата.

4. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

5. Функциональные методы: исследование желудочной секреции, исследование желчи.

6. Выявление *Helicobacter pylori* с помощью биохимических, морфологических, серологических методов и дыхательного теста.

Лечение любого хронического заболевания ЖКТ в первую очередь заключается в коррекции образа жизни, а именно в соблюдении диетотерапии, назначенной врачом, которая зависит от вида хронической патологии, режима питания и физической активности, исключении алкоголя, курения, ulcerогенных лекарственных препаратов. По назначению врача необходимо принимать этиотропные и симптоматические лекарственные средства.

Сестринский уход при хронических заболеваниях ЖКТ должен быть направлен на максимальное облегчение состояния больного, профилактику сопутствующих осложнений и появление положительной динамики. Необходимо обеспечивать атмосферу психологического комфорта и поддерживать у пациента положительный эмоциональный фон для уверенности в благоприятном исходе болезни.

В качестве основных рекомендаций по уходу за больными с хроническими патологиями ЖКТ можно выделить следующие:

1. Регулярное динамическое наблюдение за основными физиологическими показателями: термометрия утром и вечером, артериальное давление, частота сердечных сокращений.

2. Обращать внимание на появление необычных жалоб и симптомов, на изменения со стороны ЖКТ, попросить пациента сообщать о таковых.

3. Контролировать аппетит пациента.

4. Обеспечивать реализацию лечебного питания и контроль за его соблюдением в зависимости от характера, назначенной врачом диеты. Помочь пациенту определить продукты, подлежащие исключению из рациона, и допустимые к употреблению.

5. Контроль за регулярным приемом лекарственных препаратов, их дозировкой в строгом соответствии с назначением врача.

6. Оказывать помощь пациенту при рвоте, осуществлять гигиенический уход за ним.

7. Оказывать помощь пациенту при боли. Необходимо оценить местоположение, характеристику, провоцирующие факторы, начало, продолжительность, частоту, качество и интенсивность боли. При оценке боли учитываются невербальные знаки со стороны пациента, возраст, уровень его развития. Для оценки интенсивности можно использовать шкалу боли.

8. Осуществлять подготовку пациента к дополнительным методам исследования и сопровождать его.

9. Необходимо владеть навыками неотложной медицинской помощи.

Роль медицинской сестры в проведении профилактических мероприятий заключается в своевременном распознавании неблагоприятных факторов и просвещении пациента о возможных рисках заболевания.

Необходимо проводить беседы с пациентом о мерах профилактики хронических заболеваний ЖКТ. Среди основных можно выделить следующие:

1. Здоровое питание.
2. Умеренное употребление алкоголя (не более 20 г чистого алкоголя в сутки для мужчин и не более 2/3 этого количества для женщин).
3. Полный отказ от курения.
4. Нормализация массы тела.
5. По возможности максимальное ограничение психотравмирующих факторов.

6. При употреблении НПВС, сульфаниламидов и др. необходимо защищать слизистую желудка при помощи антацидов.

7. Разделение предметов быта в семье, где родственники имеют язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, рак желудка и др. Необходимо иметь индивидуальную посуду, полотенце, средства гигиены.

С целью исследования факторов, предрасполагающих к появлению хронических заболеваний ЖКТ, на базе гастроэнтерологического отделения ГБУЗ СК «Ставропольской краевой клинической больницы» было проведено практическое исследование, в котором приняло участие 12 человек. Им было предложено ответить на несколько вопросов.

По результатам исследования, хронические патологии ЖКТ встречались чаще у лиц старше 50 лет (67 %), чем у лиц от 30 до 50 лет (33 %), а среди лиц до 30 лет данные патологии не были выявлены.

Было выявлено, что данные заболевания встречались чаще у женщин (67 %), чем у мужчин (33 %).

Во время проведения исследования выяснялось, моют ли руки пациенты после улицы и контакта с животными. Все больные обязательно следят за гигиеной своих рук (100 %).

Результаты показали, что большая часть пациентов всегда завтракает утром (50 %), меньше больных, которые завтракают лишь иногда (33%), и меньшая часть не завтракает по утрам (17 %).

Данные патологии встречаются чаще у лиц, постоянно испытывающих стресс (59 %), реже у больных, часто пребывающих в стрессовом состоянии (33 %), и почти не встречаются у лиц, редко испытывающих стресс (8 %).

В ходе опроса пациентов было выяснено, что 46 % лиц выпивают в день литр воды, более 2 литров воды в день выпивают 27 % опрошенных, 18 % пациентов выпивают в день стакан-два воды, и 9 % опрошенных больных не пьют воду.

Большинство лиц не увлекается диетами с целью сбросить лишний вес (67 %), число пациентов, редко соблюдающих диету, составило 25 % и меньше всего тех больных, которые прибегают к диетам (8 %).

При проведении опроса выяснено, что у 42 % опрошенных нет вредных привычек, 33 % употребляет алкоголь, 25 % курит.

Анкетирование показало, что у подавляющего большинства пациентов родственники имели хронические заболевания ЖКТ (58 %), 25% не знают о наличии у родственников патологий со стороны ЖКТ, у 17% пациентов родственники не имеют таких заболеваний.

Большинство лиц часто ест всухомятку (42 %), 33 % пациентов иногда питаются всухомятку и меньше всего тех, кто питается подобным образом всегда (25 %).

По результатам анкетирования, можно сделать вывод, что наиболее часто встречающимися факторами, предрасполагающими к развитию хронических заболеваний ЖКТ, являются возраст старше 50 лет, постоянное пребывание в стрессовом состоянии, недостаточное потребление воды, наличие вредной привычки, наследственная предрасположенность и частая еда всухомятку.

Полученные данные указывают на то, что в развитии хронических заболеваний ЖКТ большую роль играют именно те факторы риска, профилактика которых является важной задачей в работе среднего медицинского персонала.

*А.К. Байчорова*  
*Руководитель преподаватель ЦМК терапии, к.м.н. Е.Н. Мисетова*

## **ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

Анемия является серьезной проблемой в области общественного здравоохранения во всем мире, от которой особенно страдают дети раннего

возраста, менструирующие девочки подросткового возраста и женщины, а также беременные и женщины в послеродовой период.

Всемирной организацией здравоохранения проведено глобальное исследование, показавшее, что 25,4 % всех жителей земли страдает различными формами анемии. Это около 2 млрд человек во всем мире. Железодефицитная анемия (далее – ЖДА) занимает лидирующую позицию из наиболее распространенных форм анемии, затрагивающей значительное число пациентов.

ЖДА – клинико-гематологический синдром, возникающий при развитии дефицита железа вследствие различных патологических процессов и характеризующийся снижением уровня гемоглобина и эритроцитов, клиническими признаками анемии и сидеропении. Железодефицитные состояния – самая распространенная патология в мире после респираторных вирусных инфекций. Это заболевание упоминается практически с момента существования человечества. ЖДА по статистике достигает 90 % в структуре всех анемий. По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1,8 млрд. человек в мире страдают ЖДА и 3,6 млрд. – латентным дефицитом железа. Группами риска развития ЖДА являются женщины детородного возраста, беременные, кормящие, дети младших возрастных групп, подростки.

Эксперты, привлекая внимание медицинской общественности разных стран к проблеме железодефицитных анемий, назвали частоту ее распространения «скрытой эпидемией».

Методы диагностики ЖДА включают:

- клиническое обследование и сбор анамнеза,
- лабораторные исследования крови с определением важнейших показателей уровня железа в организме (гемоглобина, гематокрита, ферритина, сывороточного железа и т.д.),
- анализы на выявление скрытого дефицита железа и оценки запаса железа в организме.

Ключевым моментом в диагностике ЖДА является снижение уровня ферритина в сыворотке крови, что свидетельствует о недостатке железа в организме. Также важными показателями являются уровень гемоглобина и насыщение трансферрина железом. Более надежными методами диагностики ЖДА является определение концентрации железа в сыворотке крови, содержания трансферрина и ферритина, а также общей железосвязывающей способности сыворотки и процента насыщения трансферрина железом. Более информативным является сочетание уменьшения содержания свободного железа и компенсаторного увеличения синтеза транспортного белка трансферрина с увеличением значений общей железосвязывающей способности.

**Инструментальные исследования (рентгенологические признаки, ЭГДС)** проводятся с целью выявления источников кровопотери, патологии других органов и систем:

Клиническая картина ЖДА складывается из анемического, сидеропенического синдромов и поражения желудочно-кишечного тракта.

1. Анемический синдром проявляется неспецифическими симптомами: бледность кожных покровов, слабость, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, одышка, сердцебиение, обмороки и др.

2. Клинические проявления сидеропенического синдрома обусловлены тканевым дефицитом железа, необходимого для функционирования органов и тканей. Отмечаются сухость кожи, нарушение целостности эпидермиса, ломкость ногтей, волос. Может наблюдаться извращение вкуса. Одним из признаков дефицита железа является затруднение глотания сухой и твердой пищи (сидеропеническая дисфагия). К симптомам, связанным с дефицитом железа, относится мышечная слабость, наблюдающаяся у большинства больных ЖДА и связанная не только с анемией, но и с дефицитом железосодержащих ферментов.

3. Для дефицита железа характерно поражение желудочно-кишечного тракта. При этом дефицит железа становится следствием нескольких причин:

- уменьшение поступления железа вследствие отказа от приема пищи или снижения ее количества из-за опасений обострения заболевания,
- хроническое кишечное кровотечение,
- нарушение всасывания железа в двенадцатиперстной и тощей кишке (при болезни Крона).

Лечение больных ЖДА должно быть направлено на возможное устранение основной причины, вызвавшей развитие анемии, а также на скорейшее восстановление содержания железа в организме. При этом следует придерживаться следующих основных принципов лечения ЖДА:

1. Возместить дефицит железа только с помощью диетотерапии, без препаратов железа невозможно.
2. Терапия ЖДА должна проводиться преимущественно пероральными препаратами железа.
3. После нормализации уровня Hb терапия ЖДА должна продолжаться еще не менее 4-8 недель с целью восстановления запасов железа в организме.

Учитывая высокую распространенность заболевания и его влияние на качество жизни и работоспособность пациентов, сестринская деятельность в лечебно-диагностическом процессе при ЖДА имеет особое значение.

От сестринского ухода зависит самочувствие, состояние и жизнь пациента. Уход за пациентом является одной из приоритетных задач лечения.

Средний медицинский персонал, осуществляющий наблюдение за больным с ЖДА, должен:

1. Провести беседу с пациентом о его заболевании, чтобы наиболее точно и правильно определить тактику ухода, о предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений.
2. Убедить пациента о важности назначенной диеты и приема железосодержащих препаратов, объяснить, как они влияют на течение болезни и быстроту выздоровления.
3. Следует оказывать пациенту помощь при перемещении во избежание его травматизации.

4. Необходимо обучить пациента уходу за кожей и слизистыми оболочками, за полостью рта, ногтями, волосами.

5. Внимательно следить за общим состоянием больного: ЧСС, АД, ЧДД, состоянием кожных покровов. Быстро и правильно реагировать на возникновение осложнений.

6. Создать благоприятную обстановку во время еды, рекомендовать пациенту принимать пищу маленькими порциями, но часто. Регулярно взвешивать пациента.

7. Осуществлять контроль над соблюдением режима активности и приемом лекарств.

8. Провести беседу о значении личной гигиены, так как имеется риск развития инфицирования из-за наличия афтозных изменений в уголках рта.

9. Обучить дыхательной гимнастике для повышения, провести беседу о мерах повышения иммунитета.

10. Для компенсации дефицита знаний о заболевании провести беседу с семьей пациента о необходимости психологической поддержки. Обеспечить психологическую поддержку родственников

11. Очень важно убедить больного в благоприятном прогнозе при данном заболевании.

При постоянном контакте с больным, происходит мониторинг динамики ЖДА и своевременное информирование лечащего врача об изменениях состояния пациента.

Информированная поддержка медицинской сестры является неотъемлемой частью борьбы с заболеванием и улучшением качества жизни больных ЖДА. Она помогает в организации регулярных обследований и контроля за показателями здоровья, что позволяет выявлять изменения в состоянии пациента и принимать соответствующие меры своевременно.

С целью исследования информированности пациентов о заболевании, факторах риска его развития и приверженности лечению было проведено анкетирование на базе ГБУЗ СК «Городской клинической консультативно-

диагностической поликлиники в терапевтическом отделении, в котором приняло участие 16 человек. Им было предложено ответить на несколько вопросов.

Важно учитывать пол пациента, поскольку женщины чаще страдают ЖДА. Из 16 опрошенных человек 12 женщин и 4 мужчин (75 % и 25 % соответственно)

Возраст исследуемых до 25 лет составил 25 % (4 человека), от 26 до 60 лет – 56 % (9 человек), и старше 61 года – 19 % (3 человека). Во время проведения исследований было выявлено, что у лиц от 26 до 60 лет данное заболевание наблюдается чаще.

Немало важную роль в патогенезе играют наличие хронических заболеваний. На вопрос о том, есть ли у вас хронические заболевания, 63 % ответили, что есть, остальные 37 % – нет

Частыми причинами ЖДА являются обильные кровопотери. Опрос показал, что 45 % страдают желудочными и кишечными кровотечениями, 25% менструальными кровотечениями, 10 % частыми носовыми кровотечениями. Остальные 20 % – не имеют.

Важным является питание, ведь употребление малого количества железа является прямой причиной патологического состояния. Было выявлено, что 20 % питаются рационально, 25 % страдают чрезмерным употреблением пищи, 20 % придерживаются строгих диет, 30 % не употребляют в пищу животный белок, 5 % периодически подвергают себя кратковременному голоданию.

Опрос показал, что у 80 % респондентов имеется повышенная потребность железа. У 15 % наблюдается интенсивный рост за счет подросткового возраста, 40 % беременные, 25 % занимаются спортом. Остальные 20 % ответили отрицательно.

Важно учитывать данные лабораторных исследований. На вопрос «Как часто вы проводите контроль общего анализа крови?» большинство

респондентов ответили, что не реже 1 раза в месяц (60 %), 30 % – 2 раза в год, остальные 10 % проводят контроль очень редко.

Опрос показал, что 60 % респондентов наблюдаются у гематолога, 40% ответили отрицательно.

Важно принимать лекарственные препараты строго по назначению врача для эффективности лечения. На вопрос «Знаете ли вы дозы принимаемых железосодержащих препаратов, кратность их приема, регулярно ли вы принимаете назначенные препараты?» 55 % ответили утвердительно, 45 % – отрицательно.

Так же опрос показал, что 35 % респондентов являются донорами. Остальные 65 % донорами не являются.

Результаты опроса показали, что среди респондентов преобладают следующие факторы риска: женщины, возраст 26 и более лет, наличие хронических заболеваний и кровопотеря, неправильное питание, повышенная потребность в железе, отсутствие контроля показателей крови. Почти половина респондентов не знают правил приема железосодержащих препаратов.

В развитии ЖДА большую роль играют информированность пациентов о состоянии, факторах риска его развития и приверженности лечению, где профилактика является комплексной задачей всех структур здравоохранения, включая работу среднего медицинского персонала.

*В.Н.Сабирова*  
*Руководитель преподаватель Карпцова Г.А.*

## **ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ПЛАСТИНЧАТОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ**

Диагностика новообразований костного скелета требует комплексного учёта клинических, радиологических, гистологических и некоторых других данных.

Актуальность темы обусловлена тем, что одним из самых достоверных методов дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных новообразований, определения других аномалий костной ткани является гистологическое исследование. При работе с таким материалом очень важно сохранить морфологическую и биохимическую картину препарата, получить качественные срезы с сохранёнными тинкториальными свойствами. Костная ткань, и любые ткани с очагами минерализации (из-за присутствия солей кальция) переуплотнены и не могут быть подготовлены для гистологического исследования в нативном виде. Поэтому, процесс изготовления микропрепаратов из минерализованных тканей имеет свои технологические особенности. Для того чтобы сделать возможным вырезку и гистологическую обработку таких образцов- необходимо проведение их декальцинации.

Цель работы: определение особенностей технологического процесса изготовления гистологических препаратов из пластинчатой костной ткани.

Задачи работы:

- 1) провести анализ научно- методической литературы по теме работы
- 2) определить особенности протокола изготовления гистологических препаратов из пластинчатой костной ткани
- 3) систематизировать виды дефектов, которые могут возникнуть при изготовлении микропрепаратов из пластинчатой костной ткани

Изучение практических аспектов проведения гистологического исследования костной ткани и минерализованных органов проводилось на базе патологоанатомического отделения ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», в период прохождения производственной практики.

Исследование показало, что образцы для морфологического исследования костной ткани получают закрытым методом, при помощи пункции, трепан-биопсии или дрель-биопсии, а также, в случае, когда иглой трудно или невозможно приблизиться к очагу, открытым методом при

выполнении операции. В качестве микропрепарата, используют тонкие срезы ткани, уплотнённые в парафине.

Из-за наличия солей кальция пластинчатая костная ткань переуплотнена, поэтому костные образцы считаются одними из трудных объектов для гистологического исследования. В связи с необходимостью проведения декальцинации, процесс изготовления микропрепаратов из минерализованных тканей имеет свои технологические особенности протокола. Существует большое количество различных декальцинирующих растворов и протоколов декальцинации. В каждом отдельном случае, выбор делают исходя из технических возможностей, целей исследования и практического опыта лаборатории. Например, растворы сильных кислот быстрее извлекают соли кальция из образцов и поэтому используются для декальцинации компактных костей. Губчатые кости лучше декальцинировать растворами слабых кислот, что требует большего времени. Для достижения оптимальных результатов соотношения качества нарезки и окрашивания образцов костной ткани важно определить конечную точку декальцинации- момент, когда все неорганические компоненты удалены, но органический остов кости при этом остался максимально нетронутым. Чрезмерное пребывание образца в декальцинирующей жидкости будет приводить к повреждению белковых структур и ухудшению качества окраски и морфологии ткани.

К ошибкам процесса декальцинации пластинчатой костной ткани относят:

- избыточную декальцинацию- гидролиз коллагенового матрикса;
- недостаточную декальцинацию;
- нарушение окраски- отсутствие окраски ядер;
- плохая адгезия ткани к предметному стеклу;
- складки ткани на предметном стекле.

Проведённое исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Так как межклеточное вещество кости содержит избыток солей кальция, минерализованную ткань необходимо декальцинировать
2. Оптимальная толщина исследуемого образца костной ткани – не более 3 см.
3. Если будет проводится и иммуногистохимическое исследование - исследование, выполняют кислотную декальцинацию, в остальных случаях ткань декальцинируют в органических жидкостях.
4. Нельзя допускать избыточной декальцинации– ткани разрушаются и восстановить их невозможно.
5. При окрашивании пластинчатой кости лучше применять водные красители, увеличивать время окраски и аккуратно дифференцировать кислыми растворами.
6. Критериями хорошей декальцинации являются: полное удаление солей кальция; отсутствие в изучаемых срезах признаков разрушения клеток и соединительнотканых волокон; отсутствие отрицательного влияния декальцинации на процессы окрашивания срезов.

Список литературы:

1. Пальцев М.А., Мальков П.Г., Франк Г.А. Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала, Издательство: Медицина, 2021
2. Пешков М.В. Декальцинация в гистологической лабораторной технике// Архив патологии. 2022. № 6

*Е. Бровикова*  
*Руководители: преподаватель М.В. Кобзева,*  
*врач-лаборант КДЛ, к.м.н. «Городская больница №3»*  
*г. Ставрополя О.С. Костарнова*

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ И МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДЕМИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ИКСОДОВЫМИ КЛЕЩАМИ**

Россия – один из самых больших в мире ареалов инфекционных заболеваний, передающихся клещами. Ежегодно к врачам по поводу укуса

клеща обращается несколько сотен тысяч пациентов. В последние годы актуальность представляют клещевые инфекции, передающиеся иксодовыми клещами, характеризующиеся большим разнообразием клинических форм.

В настоящее время известны сочетанные очаги трансмиссивных природноочаговых инфекций: клещевого энцефалита (КЭ), иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ), крымской геморрагической лихорадки (КГЛ) моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ) и гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ). [2]

Цель исследовательской работы – изучить эпидемиологическую особенность и современные лабораторные методы диагностики эндемичных заболеваний, вызываемые иксодовыми клещами.

В соответствии с указанной целью поставлены следующие задачи:

1. Оценить эпидемиологическую ситуацию по эндемичным заболеваниям, вызываемые иксодовыми клещами по Ставропольскому краю.
2. Провести анализ применимости лабораторных методов исследования ИФА и ПЦР на эндемичные заболевания, вызываемые иксодовыми клещами.

Иксодовые клещи служат природным резервуаром и являются переносчиками возбудителей заболеваний, эктопаразитами и иногда возбудителями заболеваний. Особенно велика их эпидемиологическая и эпизоотологическая роль в природных очагах инфекций и инвазий. [1]

Клещи вида Иксодовые наряду с кровососущими двукрылыми служат специфическими переносчиками основных групп возбудителей трансмиссивных заболеваний животных и человека, включая вирусы, риккетсии, бактерии, спирохеты, анаплазмы, пироплазмиды, тейлерии и др. К тому же с каждым годом пополняются сведения о взаимоотношениях иксодовых клещей с возбудителями. Тесные и многообразные связи кровососущих клещей с различными микроорганизмами обусловлены давностью их паразитизма и разнообразием био-ценологических связей с хозяевами. [1]

Наиболее опасными для человека являются возбудители клещевого энцефалита и боррелиоза. Эти инфекционные заболевания поражают нервную систему человека (и не только ее), и иногда приводят к необратимым последствиям, в том числе к инвалидности или смерти.

В задачу исследования входило изучить эпидемиологическую ситуацию по эндемичным заболеваниям, вызываемыми иксодовыми клещами в СК. Были проанализированы результаты исследования по СК. Были использованы статистические данные по эндемичным заболеваниям, вызываемыми иксодовыми клещами приведенные в Государственном докладе МЗ «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Ставропольском крае в 2022 году».

В Ставропольском крае эпидемиологическая ситуация по эндемичным заболеваниям, вызываемыми иксодовыми клещами на протяжении последних пяти лет остается нестабильной.

Так, за отчетный период наибольшее количество среди заболеваний эндемичными инфекциями отмечено туляремия - зарегистрировано 76 случаев против 1 случая в 2021 г., это можно объяснить активной осенней миграцией грызунов в жилые и хозяйственные постройки. Также можно отметить рост в 2022 году клещевого боррелиоза – зарегистрировано 36 случаев – в два раза больше чем 2021 году и Ку-лихорадки – зарегистрировано 69 случаев – почти в три раза чем 2021 году, при проведении эпидемиологических исследований установлено, что 45% от всех заболевших Ку-лихорадкой в эпиданамнезе имели контакт с сельскохозяйственными животными или употребляли мясо-молочные продукты домашнего приготовления, 22% – имеют в анамнезе укусы клещами или другими насекомыми, 10% – пребывали в природном биотопе, в остальных случаях факторы и пути передачи инфекции не установлены.

Таблица 1.

**Динамика заболеваемости эндемичными инфекциями,  
вызываемыми иксодовыми клещами на территории Ставропольского  
края за 2018-2022 гг.**

Нозологическая форма	2018		2019		2020		2021		2022		Динамика в сравнении с 2021г.
	а.ч.	п-ль									
Туляремия	2	0,07	1	0,04	2	0,07	1	0,04	76	2,72	+12,5 раз
КГЛ	15	0,53	38	1,36	8	0,29	19	0,68	16	0,57	-16,2%
Клещевой боррелиоз	35	1,25	37	1,32	6	0,21	16	0,57	36	1,29	+2,3 раза
Ку-лихорадка	43	1,53	45	1,61	8	0,29	24	0,86	69	2,47	+2,9 раза

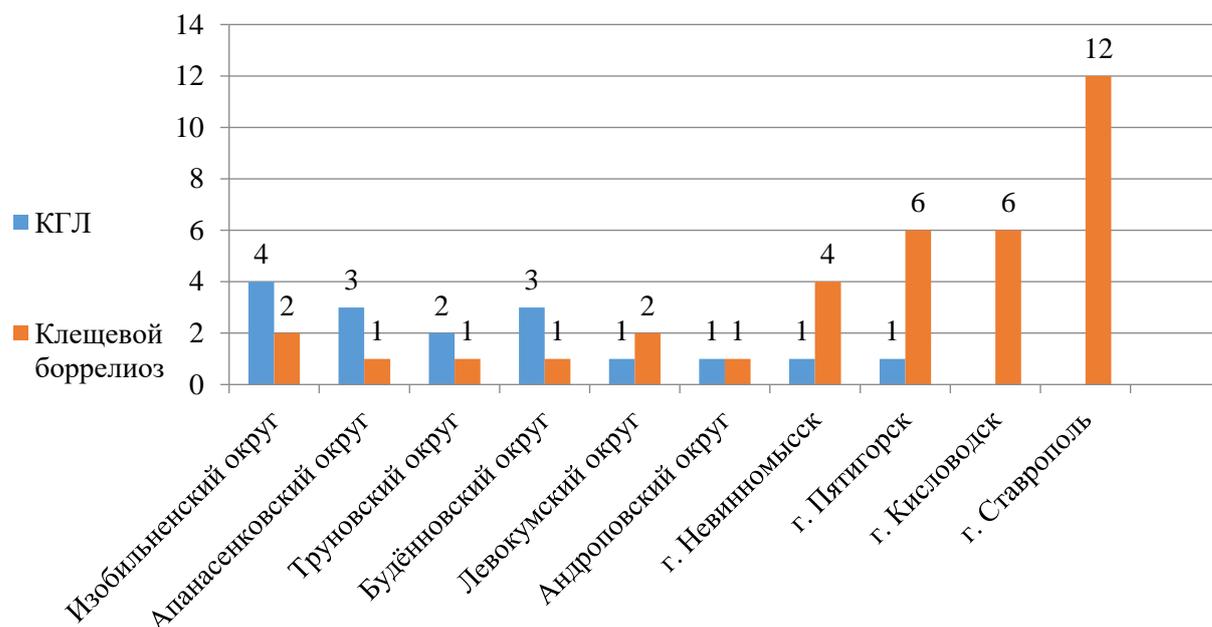


**Диаграмма 1.** Динамика зарегистрированных людей с укусами клещей на территории Ставропольского края за 2021-2022гг (абс. зн.)

За эпидсезон зарегистрировано 2940 человек, обратившихся в медицинские организации с укусами клещей, в т.ч. детей до 14 лет – 1224, что ниже количества обратившихся в эпидсезон 2021 года (в 2021 году – 4462 человека, в т. ч. детей – 1793).

Как показал анализ, из диаграммы видно, что на территории Ставропольского края за 2022 г. заболеваемость КГЛ и клещевым боррелиозом выявлены в 8 административных территориях. Максимальное количество КГЛ зарегистрированы в Изобильненском округе – 4 случая, клещевым боррелиозом зарегистрированы в г. Ставрополе – 12 случаев. Высокий уровень заболеваемости обусловлен наибольшей активностью

природного очага в силу сложившихся благоприятных для переносчиков инфекции природно-климатических условий.



**Диаграмма 2.** Распределение случаев эндемичных заболеваний, вызываемыми иксодовыми клещами в 2022 г. в разрезе административных территорий Ставропольского края (абс. зн.).

В ходе исследований был проведен сравнительный анализ современных лабораторных методов диагностики на эндемичные заболевания, вызываемые иксодовыми клещами. Были использованы данные Роспотребнадзора по Ставропольскому краю за 2022 год по эндемичным заболеваниям, вызываемыми иксодовыми клещами, а именно крымской геморрагической лихорадки и клещевого боррелиоза. Оценивали применимость лабораторных методов исследования ИФА и ПЦР на обнаружения крымской геморрагической лихорадки и клещевого боррелиоза.

Таблица 2.

**Динамика подтвержденных эндемичных заболеваний, вызываемыми иксодовыми клещами**

Год	Наименование заболевания	КГЛ		Клещевой боррелиоз	
		Всего (ед.)	Обнаружены (ед.)	Всего (ед.)	Обнаружены (ед.)
2022		138	16	138	36

Диагностика крымской геморрагической лихорадки и клещевого боррелиоза осуществляется врачом-инфекционистом на основании жалоб, данных анамнеза, клинического осмотра и результатов лабораторных исследований. Материалом для исследования являлась сыворотка крови, полученная у обследуемых путем венопункции.

Лабораторная диагностика КГЛ и клещевого боррелиоза основана на выявлении возбудителя двумя основными методами – иммуноферментный метод – ИФА и методом полимеразной цепной реакции - ПЦР.

Методом ИФА выявляют антитела классов IgM и IgG, образовавшиеся в ответ на наличие в организме антигенов (белков) вируса. Антитела класса IgM появляются в крови на 5-7 день болезни и достигают максимальных титров на 2-3 недели. Концентрация антител класса IgG значимо нарастает с 7-10 дня болезни. Наличие четырехкратного нарастания титра антител IgG (1:800) при исследовании парных сывороток крови подтверждает наличие инфекции. Обнаружение высокой вирусной нагрузки с одновременным отсутствием антител классов IgM и IgG у больных в предгеморрагическом периоде позволяет прогнозировать последующее развитие тяжелой формы КГЛ.

Материалом для исследования на наличие в нем вируса с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) служат кровь, а также материалы, полученные при вскрытии трупов - печень, легкие, селезенка, почки, головной мозг. Кровь для ПЦР исследования необходимо забирать в период вирусемии на ранних сроках инфицирования - до 7 дня от начала заболевания.

Итак, анализируя применяемость лабораторных методов исследования ИФА и ПЦР на эндемичные заболевания, вызываемые иксодовыми клещами, можно отметить, что они являются высокочувствительными и специфическими диагностическими тестами. ПЦР является быстрым методом и применяется для экспресс-диагностики и позволяет обнаружить заболевание на ранней их стадии. ИФА позволяет выявить только иммунный ответ, который появляется в крови на 5-7 день болезни и достигают максимальных

титров на 2-3 недели. Обнаружение высокой вирусной нагрузки позволяет прогнозировать последующее развитие заболевания.

Список литературы:

1. Генис, Д. Е. Медицинская паразитология / Д. Е. Генис. — 9-е изд., стер. — Санкт-Петербург: Лань, 2022. — 524 с
2. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский и др. - Москва: РГГУ, 2020. - 413 с.
3. Ляшенко, Ю. И. Смешанные инфекции / Ю.И. Ляшенко, А.И. Иванов. - М.: Медицина, 2020. - 240 с.

**ГБПОУ СК  
«БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

*Буракова Юлия*  
*Руководитель преподаватель А.Н. Белясникова*  
**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА  
В РОССИИ** 2 стр.

*Фёдорова Екатерина*  
*Руководитель преподаватель*  
*Кочеткова Светлана Николаевна*  
**ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ: ВЗГЛЯД ПОДРОСТКОВ НА  
АКТУАЛЬНУЮ ПРОБЛЕМУ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА** 7 стр.

*Н.В. Шмаков*  
*Руководитель преподаватель Ю.И. Кумпан*  
**ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В МЕДИЦИНЕ** 13 стр.

*Колованова Виктория*  
*Руководитель преподаватель Н.В. Рудакова*  
**ПРОБЛЕМА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ МОЛО-  
ДЕЖИ. РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ** 19 стр.

*Сытникова Дарья, Заиченко Виктория*  
*Руководитель преподаватель Черкесова А.А.*  
**АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА** 24 стр.

**ЕССЕНТУКСКИЙ ФИЛИАЛ ФГБОУ ВО  
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Колначёва Екатерина*  
*Руководитель преподаватель Потёмкина Л.В.*  
**КОМПЛЕКС ГТО: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ** 35 стр.

*Бурдина Валентина, Алексеева Екатерина*  
*Руководитель преподаватель Брянцева И.В.*  
**МОРЖЕВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ УКРЕП-  
ЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ** 41 стр.

**ФГБ ПОУ «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»  
МИНЗДРАВА РОССИИ**

*Селина Татьяна*  
*Руководитель преподаватель Е.А. Демина*  
**ДОСТИЖЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ** 48 стр.

- Литвинцова Анастасия,  
Евдокимова Виктория*
- Руководитель преподаватель Кочарова Елена Спартаковна*  
**ФОСФОР И ЖЕЛЕЗО: КЛЮЧ К ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА** 51 стр.
- Мхитарян Кристина*
- Руководитель преподаватель Н.М. Асриева*  
**ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ  
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА** 56 стр.
- Плотникова Вероника*
- Руководитель преподаватель Н.В. Николаева*  
**ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА  
ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ  
ЗДОРОВЬЯ ПО ЗРЕНИЮ** 61 стр.
- Ковалева Кира*
- Руководитель преподаватель О.В. Блохина*  
**ВЛИЯНИЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ  
СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ** 65 стр.
- Петров Александр*
- Руководитель преподаватель Г.А. Сотниченко*  
**КОМПЛЕКСНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ МАССАЖА ПРИ  
РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТ-  
ЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА** 69 стр.
- Кияницына Ангелина, Филимонова Яна*
- Руководитель преподаватель А.Б. Стахова*  
**ЗНАЧЕНИЕ ЗАВТРАКА В СИСТЕМЕ ПИТАНИЯ ЧЕЛОВЕКА** 72 стр.
- Муртазова Людмила*
- Руководитель преподаватель Л.В.Хотова*  
**ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА** 80 стр.
- ГБРОУ СК  
«КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**
- Мутаирова Кызларбийке*
- Руководитель преподаватель высшей  
квалификационной категории Халкечева Г.В.*  
**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОРЬЮ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ** 84 стр.
- Искакова Белла*
- Руководитель преподаватель Больбат А.А.*  
**ЗДОРОВЬЕ КАК БИОСОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР  
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА** 86 стр.

**РГБОУ «КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

- Байкулова Салима, Салпагарова Айша*  
*Руководитель Капушева М.М.*  
**БЛИЗНЕЦЫ – ЧУДО ЖИЗНИ** 89 стр.
- Байрамукова Камила, Нахушева Элина,*  
*Руководитель преподаватель Карымова Е.М.*  
**ЧТО В ИМЕНИ ТЕБЕ МОЕМ...** 94 стр.
- Боташева Светлана, Гозуев Пилял, Гукемухова Жанна*  
*Руководитель преподаватель Цакоева А.С.*  
**ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ЗА БУКВОЙ Е** 99 стр.
- Ламкова Амина*  
*Руководитель преподаватель Хатуева Ф.Р.*  
**ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ АПТЕЧНЫХ СОРБЕНТОВ** 103 стр.
- Мхице Дамир*  
*Руководитель преподаватель Кошелева Е.Н.*  
**АЛГОРИТМЫ В МЕДИЦИНЕ** 106 стр.
- Юрьева Виктория*  
*Руководитель преподаватель Шахмирзова Ф.Т*  
**ВРЕД ВЫСОКИХ КАБЛУКОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ  
АНАТОМИИ** 110 стр.

**ГБПОУ СК  
«ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

- А.К. Фадеева*  
*Руководитель преподаватель Е.В. Бирюкова*  
**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПЛУАТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ  
ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ** 114 стр.
- М.А. Захарян*  
*Руководитель преподаватель И.М. Пыжьбянова*  
**ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ЗДОРОВЬЕ  
ОБУЧАЮЩИХСЯ** 117 стр.
- Д.С. Петрова*  
*Руководитель преподаватель Шушпанов А.А.*  
**ВЛИЯНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА НА РАБОТО-  
СПОСОБНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ** 119 стр.

**ГБРОУ СК  
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
КОЛЛЕДЖ»**

- Гочияева Диана*  
*Руководитель преподаватель Молчаненко С. А.*
- БИБЛИОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ТВОРЧЕСТВА НА ЛИЧНОСТЬ** 122 стр.
- Кривич Елена*  
*Руководитель преподаватель Молчаненко С. А.*
- СЛИЯНИЕ ЯЗЫКОВ: АНГЛИЙСКИЙ И ЛАТИНСКИЙ В РОЛИ ЛИНГВА ФРАНКА** 128 стр.
- Красненькина Олеся*  
*Руководители:*  
*Н.Н. Женьюх, преподаватель ЦМК ЕНД*  
*Г.П. Женьюх педагог-психолог*
- «УРОКИ ДОБРОТЫ» КАК ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ СПОСОБНОСТИ К ЭМПАТИИ И МИЛОСЕРДИЮ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА** 135 стр.
- Белоглазова Ксения*  
*Руководитель преподаватель Соломянный В.Д.*
- ЖОРЕС ИВАНОВИЧ АЛФЕРОВ: ЛЕГЕНДА ФИЗИКИ ПОСЛЕДНЕГО СТОЛЕТИЯ** 139 стр.
- Рамазанов Замир*  
*Руководитель преподаватель Дубинин А.Н.*
- АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ФИТОПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ** 145 стр.
- Шутеева Юлия*  
*Руководитель преподаватель Е.А. Семенченко*
- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, АССОРТИМЕНТА И СПРОСА ФИТОПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ** 161 стр.
- Ларина М.Р.*  
*Руководитель преподаватель Стрилец М.В.*
- АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ СРЕДСТВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ** 173 стр.

- Олимпиаева Анна*  
*Руководитель преподаватель Тедеева Б.С.*
- МОНИТОРИНГ ОТНОШЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ** 181 стр.
- Бархатова В.Р.*  
*Руководитель преподаватель Немеш М.В.*
- ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ** 186 стр.
- Лободина Анастасия*  
*Руководитель: преподаватель А. Я. Фатуллаева*
- АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ** 192 стр.
- Вернигоров Матвей*  
*Руководитель преподаватель к.м.н. О.Н. Германова*
- ДИАГНОСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ** 197 стр.
- Дьяченко Александра*  
*Руководитель преподаватель к.м.н. О.Н. Германова*
- ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА** 201 стр.
- Фарзалиева Айшат*  
*Руководитель преподаватель к.м.н. О.Н. Германова*
- ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ УХОДА ЗА КОЖЕЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ** 205 стр.
- Алиева К.А.*  
*Руководитель преподаватель к.м.н. Садовникова Г.В.*
- РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ** 209 стр.
- Сокольская Яна*  
*Руководитель преподаватель Панарина Елена Викторовна*
- ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОНРП** 215 стр.
- Цигина Ангелина Евгеньевна*  
*Руководитель преподаватель И.В. Романченко*
- АССОРТИМЕНТ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБЛЫСЕНИЯ** 221 стр.

- Щербина-Морева Варвара*  
*Руководитель преподаватель И.В. Романченко*
- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ  
ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА** 225 стр.
- Абдурахманова Галимат, Гамзатова Н.Х.*  
*Руководитель преподаватель Шелиган В.А.*
- РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ** 230 стр.
- Е.В. Строполова*  
*Руководитель преподаватель терапии, к.м.н. Е.Н. Мисетова*
- РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ДИС-  
ПАНСЕРИЗАЦИИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА** 236 стр.
- Е.Г. Астанина*  
*Руководитель преподаватель терапии, к.м.н. Е.Н. Мисетова*
- ИЗУЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С  
ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖКТ** 242 стр.
- А.К. Байчорова*  
*Руководитель преподаватель терапии, к.м.н. Е.Н. Мисетова*
- ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В  
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ У ПАЦИЕН-  
ТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ** 247 стр.
- В.Н. Сабирова*  
*Руководитель преподаватель Карпцова Г.А.*
- ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ  
ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ПЛАСТИНЧАТОЙ  
КОСТНОЙ ТКАНИ** 253 стр.
- Е. Бровикова*  
*Руководители: преподаватель М.В. Кобзева,*  
*врач-лаборант КДЛ, к.м.н. «Городская больница №3»*  
*г. Ставрополя О.С. Костарнова*
- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ И МЕТОДЫ  
ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДЕМИЧНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ИКСОДОВЫМИ  
КЛЕЩАМИ** 256 стр.

**Сборник материалов  
научно-практической студенческой конференции. –  
Ставрополь: учебно-методический отдел, 2024.**

**В сборнике представлены материалы участников  
студенческой научно-практической конференции,  
состоявшейся 7 июня 2024 года в Ставропольском базовом  
медицинском колледже.**

**Редакционная коллегия:**

**Е.В. Дмитриева – зам. директора по НМР  
Ставропольского базового медицинского  
колледжа**

**Н.Ю. Рылова – методист НМО  
Ставропольского базового медицинского  
колледжа**

**Э.К. Арутюнян - методист НМО  
Ставропольского базового медицинского  
колледжа**