

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



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

межрегиональной студенческой
научно-практической конференции



Ставрополь, 02.06.2023

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ

На сегодняшний день состояние здоровья молодежи вызывает опасения со стороны государства. Согласно статистическим данным за 2019-2022 годы в системе учебных заведений на первый курс поступают около 80 % обучающихся, имеющих различные нарушения в состоянии здоровья [1].

Данные Минздрава Российской Федерации свидетельствуют о том, что до 70 % обучающихся к моменту окончания школы имеют нарушения органов зрения, хронические заболевания, отклонения в показателях функций нервной системы, органов кровообращения и опорно-двигательного аппарата [2]. Неудовлетворительное состояние здоровья студенческой молодежи связано, прежде всего, с гиподинамией и информационными перегрузками в процессе обучения, а также недооценкой обществом роли массового спорта и оздоровительной физической культуры [3].

В связи с этим разработка и изучение средств и методов по укреплению и сохранению здоровья студентов являются приоритетными направлениями в здравоохранении и образовании. Мониторинг состояния здоровья подростков способствует внесению корректив в учебные программы, совершенствованию и индивидуализации учебного процесса по физической культуре.

Одним из наиболее важных критериев оценки физического состояния организма является состояние физического развития. Физическое развитие рассматривается в нескольких направлениях, с одной стороны, как процесс изменения форм и функций организма человека под влиянием условий жизни, с другой стороны, как процесс становления, формирования и последующего изменения на протяжении жизни индивидуума морфофункциональных свойств его организма и основанных на них физических качеств и способностей [5].

Физическое развитие характеризуется изменениями таких показателей, как телосложение, морфологические и функциональные изменения физиологических систем организма человека, развитие физических качеств [6]. Используя показатели физического развития, мы можем объективно оценить физическое состояние студентов первого курса, обучающихся в нашем Буденновском медицинском колледже.

Актуальность исследования уровня физического развития студентов обусловлена необходимостью достижения наиболее полной коррекции состояния здоровья при различных нозологиях и созданием условий для активной трудовой и общественной жизни.

Цель исследования: оценить уровень физического развития подростков.

Объект исследования: студенты первого курса специальности «Сестринское дело» ГБПОУ СК «Буденновский медицинский колледж» и обучающиеся 10-11 классов школ города Буденновска.

Предмет исследования: уровень физического развития студентов первого курса специальности сестринское дело «Буденновский медицинский колледж» и обучающихся 10-11 классов школ города Буденновска.

Задачи исследования:

1. Провести анализ состояния изучаемой проблемы в настоящее время, на основе изучения и обобщения данных научно-методической литературы.
2. Определить уровень физического развития студентов первого курса, используя экспресс-метод по Г.Л. Апанасенко.
3. Проанализировать полученные результаты, сделать выводы и дать рекомендации студентам первого курса по улучшению показателей физического развития.

Гипотеза исследования: оценка уровня физического развития студентов первого курса позволит улучшить качество физического воспитания и более эффективно строить образовательный процесс.

В процессе обработки данных использовались результаты мониторинга

физического состояния студентов, статистические методы обработки данных.

Методом случайной выборки был проведен мониторинг физического состояния студентов на начало учебного года.

В исследовании приняли участие студенты 1-го курса и школьники 10-11 классов. Всего приняли участие 653 человек, среди которых 53 % девушек и 47 %, юношей, возрастной диапазон 15–17 лет.

Диагностика проводилась в результате определения индекса массы тела, экскурсии грудной клетки, физической работоспособности с помощью пробы Руфье-Диксона, функциональных характеристик сердечно - сосудистой системы (частота сердечных сокращений, артериальное давление), а также оценки состояния резервов дыхательной системы (пробы Штанге и проба Генчи) [4].

Статистическая обработка результатов проводилась в программе Excel при помощи методов математической статистики.

Анализ результатов физического развития студентов показал, что средние значения роста у юношей составляли 176 см, у девушек – 167 см, массы тела у юношей – 71 кг, у девушек – 60 кг.

Наиболее распространенным способом определения оптимальной массы тела является подсчет индекса массы тела. Исследования показали, что избыточная масса тела наблюдается у 42 % юношей и 45,1 % девушек, недостаточная масса тела – у 35 % юношей и 38 % девушек, индекс массы тела в «норме» – у 23 % юношей и 16,9 % девушек (диаграмма 1).

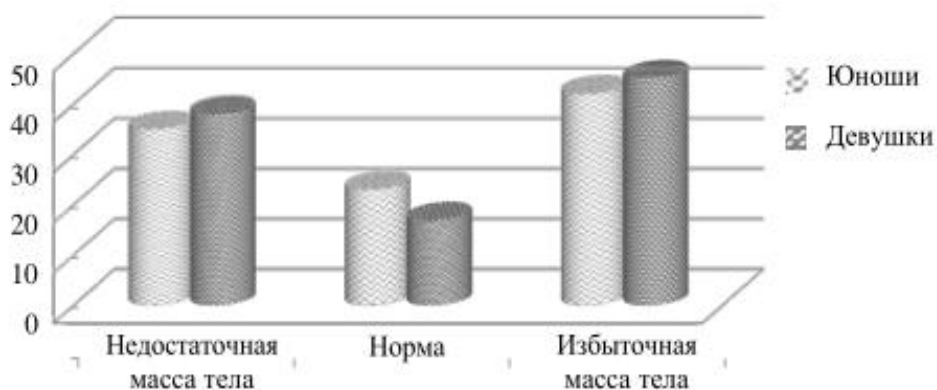


Диаграмма 1. Показатели индекса массы тела студентов, %

Для контроля функционального состояния организма используются показатели частоты сердечных сокращений и артериального давления.

При оптимальной жизнедеятельности организма число сердечных сокращений составляет 60–90 ударов в минуту [5]. В ходе исследования выявлено, что показатели числа сердечных сокращений соответствовали норме у 56,4 % юношей, у девушек – 60,4 %, низкие показатели числа сердечных сокращений (менее 60 ударов в минуту в покое) отмечены у 12,3 % юношей и 10,5 % девушек, высокие показатели пульса (выше 120 ударов в минуту) наблюдались у 31,3 % юношей и 29,1 % девушек. Это вызывает особую тревогу и может быть связано с детренированностью организма, малоподвижным образом жизни студентов и другими факторами.

Из результатов исследования, представленных на диаграмме 2, видно, что у большинства подростков исходные данные систолического и диастолического артериального давления находятся в норме у 92 % юношей и 88 % девушек, пониженное артериальное давление выявлено у 8 % юношей и 12 % девушек.

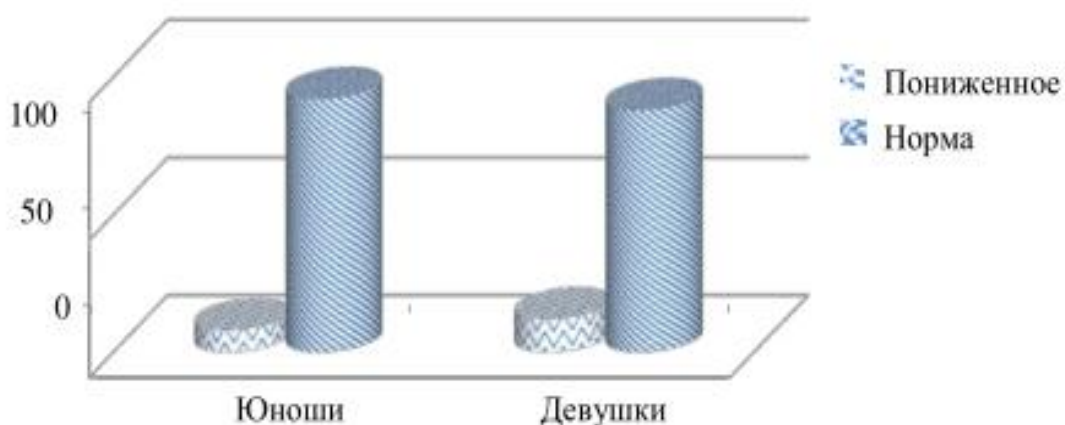


Диаграмма 2. Показатели артериального давления у подростков, %

Для оценки общей физической работоспособности использовался индекс Руфье-Диксона. Посредством пробы (регистрация ЧСС в покое, сразу после нагрузки и через 1 мин отдыха) определялись функциональные возможности сердца, адаптационные способности сердца к физической нагрузке, скорость восстановительных процессов сердечно-сосудистой

системы. При оценке общей физической работоспособности реакция сердечно-сосудистой системы на нагрузку считается отличной при показателе 0, выше средней – от 0 до 3, удовлетворительной – от 3 до 6, ниже средней – от 6 до 10, неудовлетворительной – от 10 и более (рис. 3).

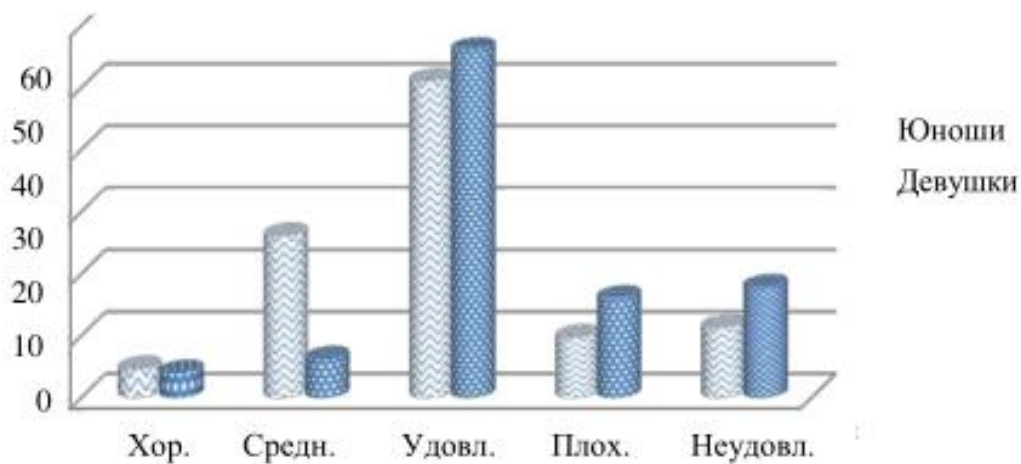


Диаграмма 3. Показатель пробы Руфье-Диксона, %

На диаграмме 3 видно, что у наибольшей части студентов – девушек 66,2 % и юношей 81,7 % – показатели общей физической работоспособности сердца выше среднего, из них у 56 % девушек и 51 % юношей реакция сердечно - сосудистой системы удовлетворительная. Средние результаты выявлены у 6,2 % девушек и 26,1 % юношей, хорошие – у 4 % девушек и 4,6% юношей. Реакция сердечно - сосудистой системы на нагрузку была ниже средней у 9,7 % юношей и 16 % девушек. Неудовлетворительная реакция сердечно - сосудистой системы наблюдалась у 11,3 % юношей и 17,8 % девушек, что свидетельствует о первых признаках сердечной недостаточности, вследствие чего рекомендовано дополнительное обследование.

В норме частота дыхательных движений в возрасте 17–20 лет составляет 16–18 циклов «вдох – выдох» в минуту.

Подсчет дыхательных движений осуществляется визуально, за счет движений грудной клетки и брюшной стенки. При оценке состояния дыхательной системы выявлено, что частота дыхания у юношей составляла 16-22 раз в минуту, у девушек – 16-20 раз в минуту. Низкие показатели

установлены при измерении экскурсии грудной клетки. Фаза между вдохом и выдохом составила у девушек 7 сантиметров, у юношей 8 сантиметров. Принято оценивать показатели экскурсии грудной клетки от 9 сантиметров и более – хорошо, 7–8 сантиметров – удовлетворительно, 6 сантиметров и меньше – неудовлетворительно.

Полученные показатели можно оценить, как:

- неудовлетворительные: девушки – 89,2 %, юноши 66,2 %;
- средние: девушки – 10,8 %, юноши – 18,4 %;
- высокие: только у юношей – 15,4 %.

С помощью проб Штанге и Генчи оценивается устойчивость организма к гипоксии. Посредством пробы Штанге установлено, что у 60 % юношей и 58 % девушек состояние дыхательной системы оценивается как хорошее (задержка дыхания на вдохе находилась в пределах от 40 до 60 секунд), у

42 % девушек и 40 % юношей – удовлетворительное (задержка дыхания 20–30 секунд). Результаты пробы Генчи (задержка дыхания на выдохе) характеризовали хорошее состояние дыхательной системы у 13,4 % юношей и 1,7 % девушек (задержка дыхания 30–50 секунд), удовлетворительное – у 63% юношей и 68 % девушек (20–30 секунд), неудовлетворительное – у 23,6 % юношей и 30,3 % девушек (менее 20 секунд).

Таким образом, в процессе исследования физического состояния было установлено, что у большинства подростков отмечается избыточная (42 % юношей, 45,1 % девушек) и недостаточная (юноши 35 %, девушки 38 %) масса тела, норме соответствуют показатели только у 23 % юношей и 16,9 % девушек.

Показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы студентов первого курса находятся ниже нормы, дыхательной системы – оцениваются как удовлетворительные.

Список литературы

1. Абубакирова А.В. Скрининговые методики в оценке

функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей и подростков// Современная медицина, 2021 №5.

2. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2022 год.

3. Исмагилова Ю.Д. Оптимизация физического здоровья студенток средствами силового фитнеса // Москва, 2021.

4. Макарова Г.А. Спортивная медицина. – Москва: Медицина, 2019.

5. Мартынова Е.Ю., Колокольцев М.М. Физическое развитие и физическая подготовленность студентов разных функциональных групп здоровья // Современные проблемы науки и образования. - 2022, № 6.

6. Петракова Т.В., Сысоева Л.А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и вегетативной регуляции сердечной деятельности у подростков. – Москва: Мир, 2019.

7. Сизова Н.Н., Исмагилова Ю.Д., Тиосова Т.Н. Изучение показателей здоровья и физической подготовленности подростков // Международный научно-исследовательский журнал. 2022 № 11(30).

8. [http: // science-education.ru](http://science-education.ru)

9. [https: // www.rosminzdrav.ru/](https://www.rosminzdrav.ru/)

Студенты: Г.В. Агаджанян, И.В. Колябина

Руководитель преподаватель Ю.И. Кумпан

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА СЛУЖБЕ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Информационные технологии быстро развиваются и в настоящее время успешно применяются в различных областях деятельности, в том числе и в военной медицине.

Тема применения информационных технологий на службе военной медицины, интересна своей сложностью, многоплановостью, быстротой развития в современных условиях, поэтому является актуальной.

Роботизация труда медперсонала является одним из приоритетных направлений совершенствования медицинского обеспечения войск в условиях

современных военных конфликтах, несмотря на сложность её реализации. Прежде всего, роботизация в военной медицине предполагается использоваться для выполнения наиболее опасных действий - розыска, вывоза раненых с поля боя и оказания им элементов первой помощи. Это обусловлено как опасностью действий медицинского персонала на поле боя, так и необходимостью оказания ранней медицинской помощи на поле боя.

К настоящему моменту разработано автономное передвижное средство для оказания медпомощи в критических ситуациях - Critical Care Pod. Оно позволяет производить эвакуацию при различных условиях окружающей среды с контролем физиологического состояния пострадавшего. Pod обеспечивает: индивидуальный мониторинг состояния потерпевшего и продолжительную передачу наиболее важных данных; введение жидкости или лекарств; поддержку жизненно важных функций механическими способами; защиту от различных видов оружия и неблагоприятных факторов окружающей среды.

Использование устройств, контролирующих функциональное состояние военнослужащих на поле боя.

Во многих медицинских службах армий развитых стран предполагается использование монитора индивидуального состояния (МИС), который будут носить все солдаты как часть боевой формы. Это миниатюрный прибор, соединяющий в себе усовершенствованные сенсоры окружающей среды и физиологические сенсоры с процессором, геопозиционным приемником и мобильным телефоном.

МИС отражает географическое положение солдата и показания его жизненно важных органов в ответ на запрос командира. Если показания жизненно-важных органов солдата, отличаются от установленных норм, МИС будет постоянно передавать данные о нахождении солдата и о состоянии жизненно важных органов до тех пор, пока он не будет обнаружен медработником. С помощью МИС есть потенциальная возможность уменьшения смертности за счет обозначения точного местонахождения

раненого на поле боя, быстрой индикации применения боевых отравляющих веществ и биологических средств, более эффективного определения очередности оказания медицинской помощи, определения необходимости отправки эвакуационно-спасательных команд на территорию, занимаемую противником.

Одним из показательных примеров использования информационных технологий в военной медицине является передача медицинской информации посредством спутниковой связи. Синтез вычислительных систем и систем коммуникаций, получивший наименование телемедицина, нашел практическое применение в работе медицинских служб армий большинства стран.

Практическое использование телехирургии позволяет хирургу проводить неотложное оперативное вмешательство, находясь на значительном удалении от пострадавшего. Ожидается, что это приведет к значительному сокращению летальных исходов от кровопотери.

Наибольших успехов в оснащении медперсонала достигли в России. Фонд помощи ветеранам и инвалидам боевых действий «Своих не бросаем» передал реабилитационное оборудование в госпиталь Ростова-на-Дону.

Президент фонда Дмитрий Воробьев и заместитель председателя партии «Единая Россия», глава попечительского совета фонда Анна Кузнецова передали госпиталю реабилитационное оборудование.

Среди оборудования — магнитно-инфракрасные лазерные терапевтические аппараты, беговые дорожки, велоэргомер и другие средства для реабилитации раненых военнослужащих.

Фонд помощи инвалидам и ветеранам боевых действий «Своих не бросаем» был образован в 2022 году и с тех пор оказывает поддержку военнослужащим, участвующим в военной спецоперации на Украине, а также 37 российским госпиталям. По данным фонда с момента образования была предоставлена адресная помощь более 7 тыс. военнослужащих, проходящих лечение и более 350 семьям погибших военнослужащих.

Интеграция глобальной сети телекоммуникаций, и инфраструктуры медицинской информатики обеспечит поступление медицинской информации безостановочно и открыто на всех уровнях оказания медицинской помощи. Кроме того, инфраструктура обеспечит поддерживающую систему для принятия решения – компьютерную программу алгоритмов, которая даст возможность врачам, медсестрам, санитарам и парамедикам проводить оценку состояния раненых и больных и организовывать оказание им медицинской помощи. В настоящее время в вооруженных силах Российской Федерации продолжается работа по интеграции АСУ и информационных баз военно-медицинских организаций, а также разработана и находится в стадии апробации единая электронная база данных, объединяющая все военно-медицинские организации ВВС и автоматизированные рабочие места начальников медицинской службы авиационных частей.

Еще одно направление применения информационных технологий - использование индивидуальных носителей медицинской информации.

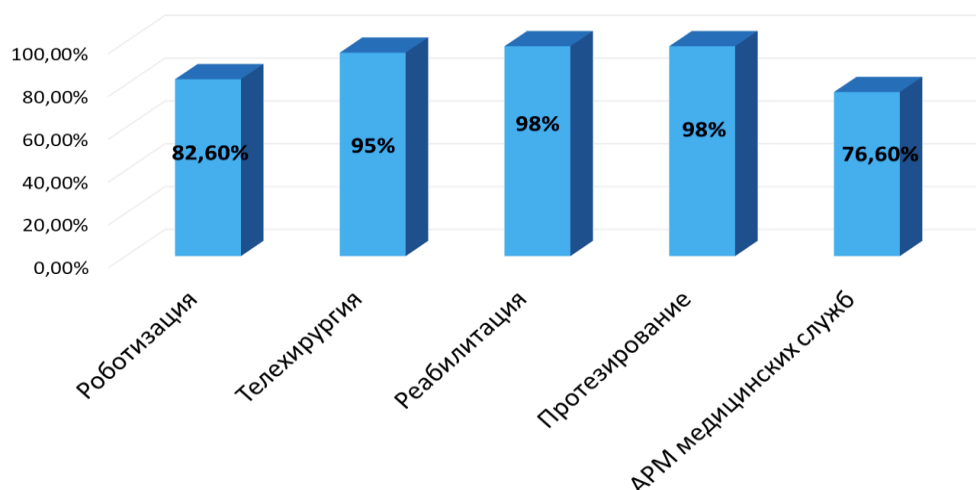
Целесообразность их применения диктуется: необходимостью хранения больших объёмов информации в течение длительного времени и быстрого её нахождения; возможностью утраты медицинской документации на бумажных носителях и т.д. Наиболее оптимальным средством хранения медицинской информации являются карты Jet Flash или её разновидности.

Проводя исследование нас заинтересовало какие направления в военной медицине можно считать наиболее перспективными. По результатам опроса ребят нашей группы о том какие направления в развитии информационных технологий военной медицины они считают наиболее перспективными.

А так же по данным профильных специалистов медицинской службы Вооруженных Сил РФ из Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, Главного военного клинического госпиталя имени Н.Н. Бурденко, Центрального военного клинического госпиталя имени А.А. Вишневского, медицинской службы Восточного военного округа, а также представители

Хабаровского медицинского университета на Дальневосточной конференции в Хабаровске которая проходила 26.10.2021 года, где обсуждались перспективы развития современной военной медицины, были получены следующие данные:

Наиболее перспективные направления развития информационных технологий в военной медицине



Считаем, что автоматизация деятельности медицинской службы будет и дальше продолжаться высокими темпами и способствовать повышению её эффективности.

Передача машине наиболее трудоёмких и рутинных функций значительно поднимет уровень военной медицины. Даст возможность извлечь актуальную, точную и полную информацию о работе медицинских служб и удовлетворить надобность в статистических данных.

Автоматизированная система контроля медицинской службы способна ускорить выработку решений, а также ускорить постановку задач и усовершенствовать организацию управления и взаимодействия, осуществлять контроль и оказывать необходимую помощь подчиненным. Повышению эффективности контроля будет способствовать выдача информации на дисплеи автоматизированных рабочих мест должностных лиц органов военного управления медицинской службой, командиров медицинских

соединений, воинских частей и учреждений в виде справок, схем, графиков, таблиц, диаграмм в реальном масштабе времени.

Тюльпинова Анастасия,

Руководитель преподаватель Кайванова И.Г.

**ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С
БЕРЕМЕННЫМИ. ВОЗДЕЙСТВИЕ СТРЕССА НА ПЛОД.
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МАТРИЦА ГРОФА**

Стресс при беременности и грудном вскармливании наносит вред не только маме, но и ребенку. Поэтому каждая женщина должна знать, каково влияние стресса на течение беременности, как предотвратить его возникновение и как с ним бороться.

Беременность и появление на свет малыша обычно становятся одним из самых счастливых периодов в жизни женщины, однако этот же этап часто становится очень напряженным и сложным. Душевное состояние беременной женщины и молодой мамы очень хрупко и нестабильно. Свою роль играет и гормональная перестройка организма, и изменения режима и образа жизни, которые ребенок привносит в жизнь женщины, и возможные проблемы с самочувствием многих женщин с наступлением беременности возникают общие переживания:

1. тревожность;
2. мнительность;
3. обидчивость;
4. эмоциональная нестабильность;
5. страх за ребенка;
6. страх родов

Стресс при беременности в той или иной мере переживают почти все женщины, даже многодетные мамы. И примерно половина женщин демонстрирует все признаки сильного нервного перенапряжения. К самым явным и распространенным симптомам стрессового состояния относятся:

- Нарушения сна — бессонница ночью и сонливость днем.

- Апатия, равнодушие к тому, что раньше вызывало интерес.
- Тревога, навязчивые мысли о воображаемых бедах и опасностях.
- Нервозность, раздражительность или плаксивость.
- Перепады давления.
- Приступы учащенного сердцебиения, не связанные с физическими нагрузками.

- Головокружения, мигрени.
- Тоска, депрессивное состояние, чувство безысходности.
- Ухудшение памяти и способности к концентрации.
- Необъяснимые медицинскими причинами боли.
- Кожный зуд, обострение аллергических реакций.

Стресс - это не просто плохое настроение и усталость. Это состояние очень вредно как для матери, так и для ребенка. Стресс без должного лечения может привести к тяжелой депрессии, лишить женщину работоспособности, навредить сердечно-сосудистой системе. Но для ребенка он еще опаснее. Дети женщин, перенесших сильный стресс во время беременности, нередко рождаются недоношенными или ослабленными, у них выше шансы заполучить астму, диабет, пороки развития или стать аллергиками. Стресс на поздних сроках беременности плохо влияет на формирование нервной системы малыша, такие дети и во взрослом возрасте могут испытывать различные проблемы психологического характера.

В женской консультации проводят групповые занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

Интерьер кабинета для групповых занятий должен создавать у пациентки психологический комфорт.

Необходимо иметь: кушетку или удобные кресла, набор рисунков и таблиц, демонстрирующих анатомо-физиологическую характеристику родового акта, установку для показа фильмов о процессе родов.

Для проведения занятий по психопрофилактической подготовке целесообразно формировать группы по 6-8 человек, желательно с учетом психоэмоционального статуса пациенток, определенного на основании клинического опыта врача.

Занятия целесообразно начинать с 33-34 недель беременности, проводить их еженедельно в течение месяца (4 занятия), продолжительностью каждого 25-30 мин.

Первое занятие состоит из вводной и основной частей.

Во вводной части останавливаются на возможности обучения беременных управлять своей волей и активностью в родах.

В основной части сообщаются краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, развитии плода.

Первое занятие состоит из вводной и основной системы мать-плацента-плод, подчеркивается, что мать является окружающей средой для плода. Необходимо представить роды как естественный физиологический акт, дать характеристику всем периодам родов, остановить внимание беременных на умении распределять свои силы в родах, выполнять указания медицинского персонала.

На втором занятии врач объясняет физиологию первого периода родов (излагается механизм схваток, которые способствуют раскрытию шейки матки).

Предлагаются приемы для уменьшения болезненности схваток (как правильно дышать во время схваток и снимать мышечное напряжение между схватками). Роженица должна применять приемы релаксации и способы снятия боли.

На третьем занятии беременных знакомят с течением второго периода родов. Объясняют, что такое потуги и как способствовать правильному рождению ребенка. Информировуют о последовом и раннем послеродовом периоде, о кровопотере в родах. Убеждают, как важно выполнять рекомендации акушерки в процессе родов, проводят тренировки с задержкой

дыхания и, наоборот, с частым поверхностным дыханием. Рассказывают, как нужно тужиться.

На четвертом занятии повторяют кратко весь курс предыдущих занятий и закрепляют приобретенные навыки и приемы, рекомендованные в родах.

Грамотный психолог действительно может помочь справиться со стрессом. Он не будет давать советы и подталкивать к тем или иным действиям. Психолог просто поможет разобраться в своих страхах и опасениях, научиться правильно реагировать на травмирующие ситуации и выработать действенный паттерн их преодоления.

При напряжении и тревоге мышцы напрягаются, дыхание становится частым и поверхностным, мозг и мышцы не получают достаточного количества кислорода, и это усугубляет стресс. Существует огромное количество дыхательных техник для борьбы со стрессом при беременности. Лучше всего записаться на занятия по дыхательной гимнастике - их часто проводят в центрах материнства и детства. Учиться правильно дышать нужно под руководством тренера, который проконтролирует правильность выполнения всех упражнений: это важно и в силу достаточно высокой эффективности дыхательных практик.

На заметку. Дыхательная гимнастика не только снимает тревогу, но и помогает справиться с токсикозом.

Физкультура во время беременности необходима - она помогает избежать отеков, болей в спине и осложнений при родах, поддерживает эластичность мышц и наконец, улучшает настроение, поскольку организм откликается на физическое усилие выработкой нейромедиатора серотонина - а именно это вещество позволяет нам ощутить упоительную радость жизни, удовлетворенность и покой.

Существуют комплексы упражнений для каждого триместра. Но нужно помнить и о том, что иногда физкультура противопоказана - к таким случаям относятся острые заболевания и хронические болезни в стадии обострения,

угроза выкидыша, кровотечения, очень сильный токсикоз с рвотой и понижением артериального давления.

К таким относится йога для беременных - эти упражнения поддерживают гибкость и помогают восстановить душевное спокойствие. К тому же общение с другими будущими мамами само по себе идет на пользу. Если нет никаких противопоказаний, можно пройти курс массажа - он расслабляет напряженные мышцы спины. Стресс вызывает мышечное перенапряжение, однако верно и обратное - расслабление мускулатуры понижает содержание гормонов стресса в крови.

Перинатальные матрицы - теоретическая модель о состояниях психики до и во время рождения. Она была впервые выдвинута в 1975 году Грофом. Согласно этой модели, во время внутриутробного развития и родов человек переживает особый опыт, который, в том числе, может быть связан с «родовой травмой». Утверждается, что перинатальные матрицы оказывают влияние на всю последующую жизнь и могут быть причиной различных психических явлений.

Первая базовая перинатальная матрица - внутриутробное развитие.

В это время формируется структура оптимизма, веры, что все к лучшему, все будет хорошо. Если мама была рада беременности, счастлива и довольна, малыш рождается с «синдромом счастья». Есть люди, способные быть счастливыми при любых обстоятельствах.

Конечно, вряд ли вам удастся провести все девять месяцев в состоянии безбрежного счастья. Но любой опыт тоже имеет смысл. Малыш должен накопить определенный багаж знаний об эмоциях. Он должен уметь переживать, чтобы потом научиться сопереживать, уметь огорчаться, чтобы научиться сочувствовать. Это та самая матрица, на которой сознание будет отливать все более сложные эмоции и черты характера. Происходит это ближе к концу беременности, когда уже накоплен «багаж счастья» и гораздо легче для формирующегося мозга и психики справиться с мамиными переживаниями.

Кроме того, самое длительное и содержательное время вашего единства дает малышу еще очень многое. Начиная с уровня его консервативности и заканчивая его сексуальной ориентацией.

Для малыша это первый опыт конфликта, первый опыт серьезного стресса.

Все меняется. Приходит боль. Но мир-то остается прежним: малыш по-прежнему часть мамы, значит, что-то не так с ним... Ему больно, его жмет какая-то сила. Что происходит? Малыш уже знает - в природе действует естественный отбор: если ты здоров, ты растешь и развиваешься дальше, если ты болен - организм матери прекращает беременность, происходит выкидыш. То есть враждебность по отношению к нему материнского организма малыш воспринимает как знак своей ущербности: значит, я плохой!

При избытке второй матрицы (длительные роды) - у человека по жизни проходит сильная роль Жертвы, он притягивает ситуации, когда его "прессуют", давят, либо начальство, либо в семье, он страдает, но при этом подсознательно чувствует себя в этой роли комфортно. При родостимуляции записывается программа "пока меня не подтолкнут я ничего не сделаю".

Малыш принимает решение действовать. И впервые в своей жизни начинает трудиться - продвигаться по родовым путям. Мама ему помогает - тужится.

Что закладывается в этот момент? Трудолюбие, настойчивость, целеустремленность. Очень важные качества. И, как всегда, очень важно, чтобы все прошло без проблем.

Помимо всего прочего, данная матрица очень сильно влияет на сексуальность человека.

Третья перинатальная матрица охватывает период потуг, когда ребенок продвигается из матки по родовым путям. В норме это длится 20-40 минут. В этой матрице нарабатывается активная сила ("я поборюсь и справлюсь"), целеустремленность, храбрость, смелость.

Негативами этой матрицы также могут являться как ее избыток, так и недостаток. Так при кесаревом сечении, стремительных родах, выталкивании ребенка люди в дальнейшем не умеют бороться, когда возникает ситуация борьбы их надо толкать в спину. Дети интуитивно нарабатывают эту матрицу в драках и конфликтах: он дерется, его бьют.

В четвертой матрице закладывается комплекс неполноценности. Поэтому, когда вы увидите своего чудесного ребенка, выразите ему свою любовь и восхищение.

Радость этой долгожданной встречи наполнит вашу дальнейшую жизнь с малышом теплом и светом, защитит от послеродовой депрессии, научит получать настоящее удовольствие от общения друг с другом.

Все, что закладывается в подсознании вашего малыша в течение беременности, рождения и послеродового периода, слава богу, не фатально. Практически все негативные последствия можно исправить воспитанием и любовью. Но также можно свести на нет и все положительные. Поэтому главное, что вы должны сделать, — постараться вернуться к своей женской природе, родить в соответствии с ее законами, помогать себе и малышу позитивными мыслями... жить в Любви и рожать в Любви. И помните: в Великом Таинстве рождения нет ничего второстепенного.

Красавина Дарья

Руководитель: преподаватель Рудакова Н.В.

ПРОБЛЕМА НЕВРОЗОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.

АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Цель исследования: выявить признаки астено-невротических состояний среди обучающихся Буденновского медицинского колледжа.

В соответствии с целью были поставлены задачи:

1. Провести обзор литературы и интернет-ресурсов по теме исследования.
2. Изучить статистику неврозов.

3. Рассмотреть определение, причины, клинические проявления и методы лечения неврозов.

4. Изучить причины и проявления астено-невротического синдрома.

5. Ознакомиться с профилактикой неврозов.

6. Провести практическое исследование, направленное на выявление признаков астено-невротических состояний среди обучающихся «Буденновского медицинского колледжа».

Психические расстройства невротического уровня в современном мире превратились в массовое явление и, следовательно, в социальную проблему. Болезни тревожности и эмоциональные расстройства, будучи источником страданий, могут свести на нет эффект от психологического ощущения благополучия, которое обеспечивают жителям развитых стран блага, даруемые процветающей экономикой.

Точных данных о распространенности неврозов среди населения России нет, так как большинство людей не обращаются за квалифицированной медицинской помощью при наличии невротических симптомов. Сведения об учтенных случаях по отдельным регионам: от 15 до 21 человека на 1000 населения. На долю неврозов среди психических заболеваний приходится 25%. Среди студентов больные неврозами составляют 54 %. Статистика невроза с каждым годом растет и охватывает все больше людей.

По официальным данным ВОЗ, за последние 65 лет, число неврозов выросло в 24 раза.

В отличие от инфарктов или инсультов, невроз не может стать причиной смерти или инвалидности, с ним человек живет долго, но качество его жизни серьезно страдает.

Итак, неврозы — это функциональные нарушения высшей нервной деятельности психогенного происхождения. Клиника неврозов отличается большим многообразием и может включать соматические, невротические расстройства, вегетативные нарушения, различные фобии, obsessions, compulsions, эмоционально-мнестические проблемы. Установить диагноз

«невроз» можно только после исключения сходных с ним по клинике психиатрических, неврологических и соматических болезней.

Причины невроза.

Несмотря на многообразные исследования в этой области, истинная причина невроза и патогенез его развития окончательно не выяснены. Долгое время невроз считали информационной болезнью, связанной с интеллектуальными перегрузками и большим темпом жизни. В связи с этим, более низкая частота заболевания неврозами у жителей сельской местности объяснялась более спокойным образом их жизни. Однако, исследования, проведенные среди авиадиспетчеров, опровергли эти предположения. Оказалось, что, несмотря на напряженную работу, требующую постоянного внимания, быстрого анализа и реагирования, диспетчеры болеют неврозами не чаще людей других специальностей. Среди причин их заболеваемости указывались преимущественно семейные неурядицы и конфликты с начальством, а не переутомление в процессе работы.

При определенных условиях любая, даже житейская, ситуация может лечь в основу развития невроза.

Общие симптомы неврозов.

Панические атаки, головная боль напряжения, головокружение, дискомфортные ощущения в области сердца, снижение аппетита, гипергидрозу, субфебрилитет. Нарушения сна наблюдаются у 40% пациентов с неврозами.

Типичным симптомом многих неврозов является астения — повышенная утомляемость как в психической сфере, так и физического характера. Часто присутствует тревожный синдром — постоянное ожидание предстоящих неприятных событий или опасности.

Возможны фобии — страхи навязчивого типа.

К мнестическим расстройствам, зачастую сопровождающим невроз, относятся забывчивость, ухудшение запоминания, большая отвлекаемость, невнимательность, неспособность сконцентрироваться.

Традиционно в отношении неврозов применяется преимущественно комплексное лечение, сочетающее психотерапевтические методы и фармакотерапию. Психологические характеристики профессиональной деятельности нередко вплетаются в структуру внутриличностного конфликта, а потому тесно связаны с задачами психотерапии.

В медикаментозной терапия включает в себя применение антидепрессантов, транквилизаторов и ноотропов.

Астено-невротический синдром.

В МКБ-10 термин «астено-невротическое состояние» считается нозологическим синонимом диагнозов: Органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6), Неврастения (F48.0), Недомогание и утомляемость (R53).

Астено-невротический синдром возникает из-за истощения нервной системы. Отличительной чертой этого заболевания бывает чувство сильной усталости от всего и повышенная нервная возбудимость с окраской раздражительности.

Симптомы синдрома

- чрезмерная эмоциональность;
- резкие перепады настроения;
- отсутствие самообладания;
- неусидчивость;
- нетерпеливость;
- нетерпимость;
- нарушенный сон;
- непереносимость резких запахов, громких звуков, яркого освещения;
- слезливость, капризность;
- постоянное раздражение;
- головные боли и головокружение;

- плохое пищеварение.

Больные склонны к переживаниям, накручиванию ситуации, преувеличению значимости событий. Довольно часто приступ астении сопровождается колющими болями в сердце и нехваткой воздуха.

Стадии заболевания.

В зависимости от проявления симптомов и характера течения, астению можно разделить на три стадии:

Первая стадия не воспринимается как заболевание, а считается особенностью характера. Склонность к истерикам и резкая смена настроений считается недостатком характера или невоспитанностью.

На второй стадии психопатологические процессы усугубляются и астено-невротический синдром уже выраженный. Утомляемость возникает уже сама по себе, без физических или умственных нагрузок.

Преследует чувство «разбитости», не хочется работать, снижается аппетит, нарушается сон, появляются беспричинные головные боли.

Третья стадия характеризуется снижением жизненных интересов, иногда — нежеланием жить.

Вялость, апатия, стремление к уединению, избегание активной деятельности, развитие фобий и панических настроений. На данном этапе человек впадает в состояние затяжной депрессии, не идет на контакт, избегает широкого круга общения.

Не медикаментозные методики лечения астено-невротического состояния:

- Рациональная психотерапия;
- Гипнотерапия;
- Подбор режима дня;
- Выбор физических нагрузок;
- Музыкотерапия;
- Физиотерапия;

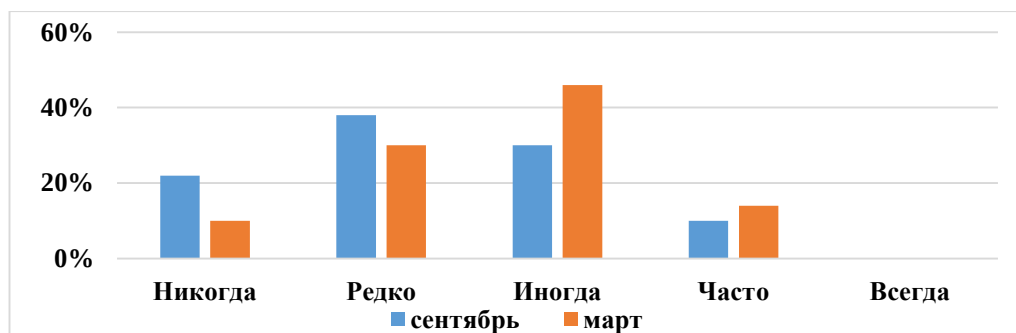
- Светотерапия;
- Лечебная физкультура;
- Водные процедуры;
- Массаж.

Анализ и результаты исследования.

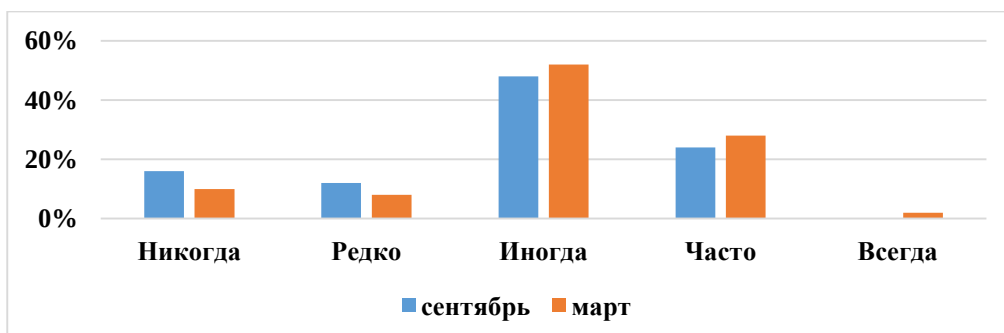
Практическое исследование, по выявлению астено-невротических состояний, проводилось на базе ГБПО СК «Буденновский медицинский колледж», среди обучающихся выпускных групп специальности «сестринское дело», методом анкетирования. Анкетирование проводилось дважды: первый раз в сентябре (начало первого семестра), второй раз в марте (середина второго семестра). В исследование принимало участие 50 респондентов, что составило 100%. Анкета состояла из пяти вопросов, каждый из которых содержал признак астено-невротического состояния. Ответы на каждый вопрос были представлены в пяти вариантах: никогда, редко, иногда, часто, всегда.

Вопросы анкеты и их результаты.

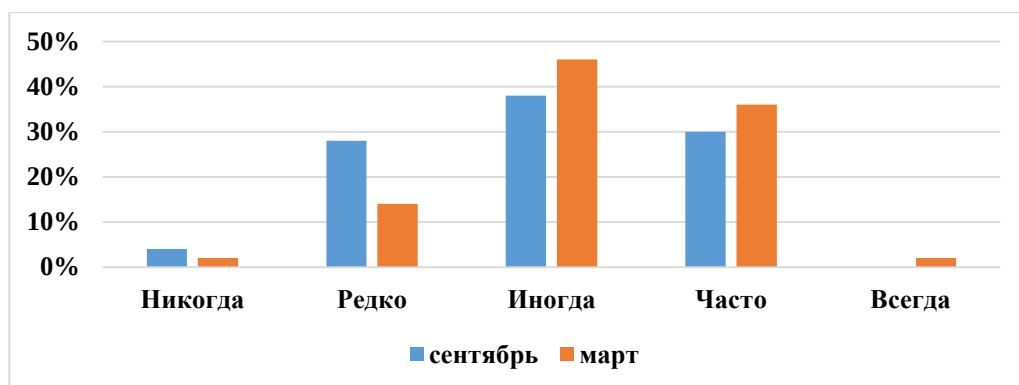
1. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?



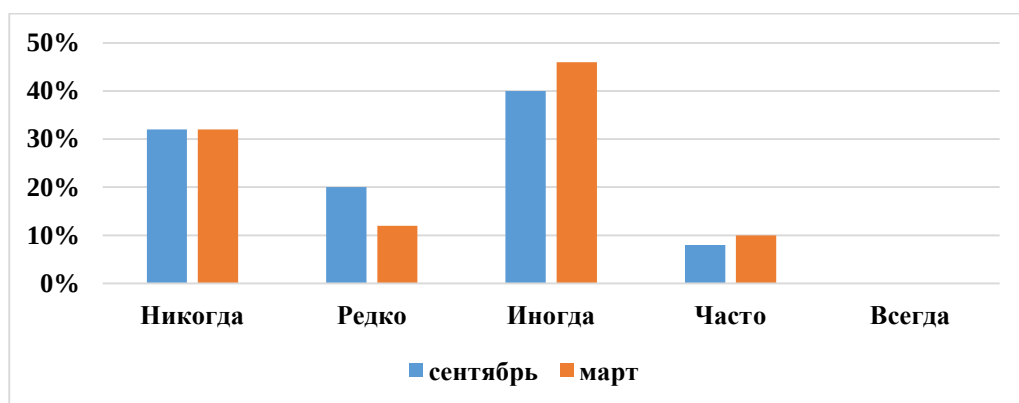
2. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (не отдохнувшим)?



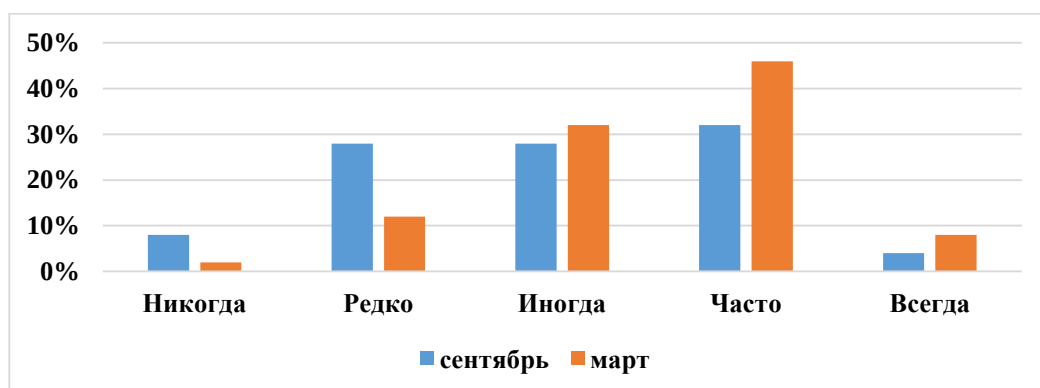
3. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?



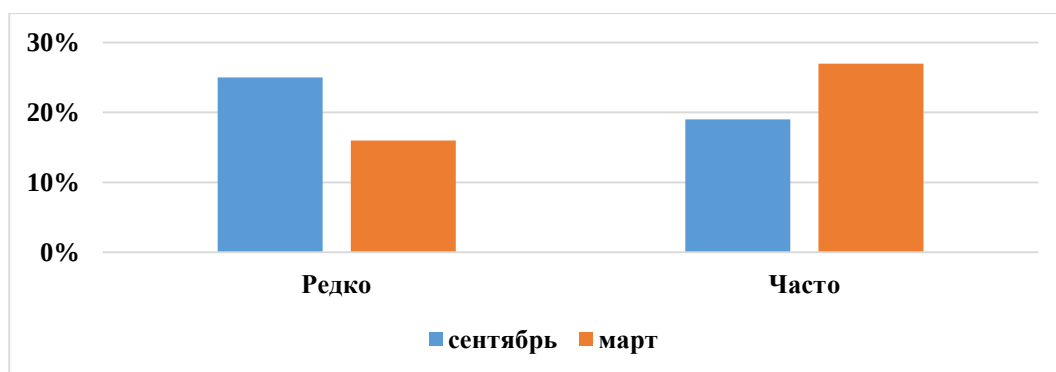
4. У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?



5. Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?



Критерием наличия астено-невротических проявлений во всех пяти вопросах являлось снижение количества ответов «редко» и увеличение ответов «часто». Проведя сравнение первого этапа анкетирования (сентябрь) и второго этапа (март) получили следующие результаты.



Можно отметить, что количество ответов «редко» в среднем снизилось на 9%, а количество ответов «часто» увеличилось на 8%.

Повышение астено-невротических проявлений в марте, респонденты связывают с предстоящим окончанием обучения: преддипломной практикой, защитой выпускной квалификационной работы, вступлением во взрослую самостоятельную жизнь, а также дефицитом в организме витаминов после зимнего периода.

Профилактика заболевания.

В случае появления расстройств астенического характера, вызванных психогенными нагрузками и социальным фактором, необходимо принять меры профилактического характера, которые максимально снизят риск возобновления или появления астении.

К ним относятся:

- смена места работы;
- смена окружения;
- полноценный отдых;
- качественный сон в определенное время;
- доступные физические упражнения;
- расслабляющий массаж;
- плавание;
- рефлексотерапия;
- медитативные техники.

В современной социальной среде стрессов и физического перенапряжения не избежать. Но необходимо стремиться к уменьшению влияния психогенных нагрузок на организм.

Выделите специальное время для занятий спортом, плаванием, фитнесом, йогой. Уделяйте время прогулкам на природе. Заведите домашнее животное — общение с домашними питомцами снимает стресс! Многим помогает посещение церкви и присутствие на богослужениях. Найдите себе хобби, и посвящайте часть времени любимому занятию.

Источники:

1. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, издательство МЕДИА СФЕРА 2017. – 2019. - №5. - С. 64
2. <https://bekhterev.ru/>
3. <https://www.forbes.ru/a>
4. <http://psyvl.ru/>
5. <https://minzdrav.gov.ru/>

*Шинкаренко Т., Задурная Е.,
Цветушкина Т., Никаалиева Х.*

Руководитель преподаватель А.А. Черкесова

ПЛОСКОСТОПИЕ: ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА

Актуальность темы: отсутствие понимания молодежи важности данной проблемы.

Цель исследования: раскрыть основные причины плоскостопия с целью профилактики данного заболевания у обучающихся.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по выбранной теме.
2. Провести исследование по выявлению наличия или отсутствия плоскостопия среди обучающихся.
3. Сделать выводы по итогам исследования.
4. Предложить ряд рекомендаций по профилактике и лечению заболевания.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ научной литературы по теме,
2. Диагностическое тестирование,
3. Плантография,
4. Анкетирование
5. Сравнение,
6. Описание.

Предмет исследования: плоскостопие.

Объект исследования: обучающиеся.

Была выдвинута **гипотеза:** плоскостопие – это скорее приобретенное заболевание, нежели врожденное.

Практическая значимость работы состоит в том, что диагностика может выявить заболевание на начальной стадии и предотвратить его дальнейшее развитие.

Стопа – это опора человека, и от её состояния зависит наше здоровье и качество жизни. С деформации стопы начинаются многие заболевания опорно – двигательного аппарата – нарушения функции позвоночника и суставов, которые в дальнейшем влияют на все органы и системы организма. На стопе находится множество биологически активных точек, которые связаны со всеми внутренними органами. Такое заболевание как плоскостопие приводит к нарушениям. Здоровая стопа обеспечивает нам комфортные условия жизни и долголетие.

В настоящее время огромное количество школьников и студентов имеют заболевания опорно-двигательного аппарата. Одним из наиболее распространенных является плоскостопие. Количество детей и подростков, страдающих данным заболеванием, с каждым годом увеличивается.

Когда у человека появляются первые признаки плоскостопия, он не всегда обращает на это внимание, не задумывается о последствиях, к которым может привести плоскостопие, тем более что они сказываются не сразу, а спустя некоторое время.

Плоскостопие — изменение формы стопы, характеризующееся опущением её продольного и поперечного сводов.

Различают первоначальное, вторичное и продольное плоскостопие, возможно сочетание обеих форм. Поперечное плоскостопие в сочетании с другими деформациями составляет 55,22 % случаев, продольное плоскостопие в сочетании с другими деформациями стоп — 29,4 % случаев.

Причины развития плоскостопия редко бывают врождёнными. Чаще патология приобретается в течение жизни из-за внешнего воздействия. А именно:

- сильная нагрузка на стопы;
- травмы: разрывы и растяжения связок, переломы и вывихи нижних конечностей;
- паралич мышц на фоне перенесённых заболеваний, например, инсульта;
- недостаточная минерализация костей из-за нехватки витамина Д.

Особенно распространено статическое плоскостопие, вызываемое высокой нагрузкой на стопы. Такой тип может появиться в раннем и зрелом возрасте по нескольким причинам:

- избыточный вес;
- недостаток физической активности;
- врождённая атрофия мышц;
- большая часть рабочего дня проходит на ногах;
- изменение центра тяжести тела во время беременности;
- ношение обуви на высоких каблуках или плоской подошве.

На ранних стадиях явные симптомы отсутствуют, но есть особенности, которые могут указывать на развитие заболевания. Важно обратить на них внимание:

- внутренняя поверхность обуви стирается сильнее;
- в обуви привычного размера становится некомфортно;
- трудно удерживать равновесие;

- появляется ощущение тяжести в ногах, меняется походка.

При **поперечном** плоскостопии уплощается поперечный свод стопы, её передний отдел опирается на головки всех пяти плюсневых костей, длина стоп уменьшается за счёт веерообразного расхождения плюсневых костей, отклонения I пальца наружу и молоткообразной деформации среднего пальца.

При **продольном** плоскостопии уплощён продольный свод, и стопа соприкасается с полом почти всей площадью подошвы, длина стоп увеличивается.

Плоскостопие находится в прямой зависимости от массы тела: чем больше масса и, следовательно, нагрузка на стопы, тем более выражено продольное плоскостопие. Данная патология имеет место в основном у женщин. Продольное плоскостопие встречается чаще всего в возрасте 16—25 лет, поперечное — в 35—50 лет.

По происхождению плоскостопия различают врождённую плоскую стопу, травматическую, паралитическую, рахитическую и статическую.

Врождённое плоскостопие установить раньше 5—6-летнего возраста нелегко, так как у всех детей моложе этого возраста определяются все элементы плоской стопы. Однако приблизительно в 3% всех случаев плоскостопия плоская стопа бывает врождённой.

Травматическое плоскостопие — следствие перелома лодыжек, пяточной кости, предплюсневых костей.

Паралитическая плоская стопа — результат паралича подошвенных мышц стопы и мышц, начинающихся на голени (последствие полиомиелита).

Рахитическое плоскостопие обусловлено нагрузкой тела на ослабленные кости стопы.

Статическое плоскостопие (встречающееся наиболее часто 82,1 %) возникает вследствие слабости мышц голени и стопы, связочного аппарата и костей. Причины развития статического плоскостопия могут быть различны — увеличение массы тела, работа в стоячем положении, уменьшение силы мышц при физиологическом старении, отсутствие

тренировки у лиц сидячих профессий и т. д. К внутренним причинам, способствующим развитию деформаций стоп, относится также наследственное предрасположение, к внешним причинам — перегрузка стоп, связанная с профессией (человек с нормальным строением стопы, 7—8 часов проводящий за прилавком или в ткацком цехе, может со временем приобрести это заболевание), ведением домашнего хозяйства, ношение нерациональной обуви (узкой, неудобной).

При ходьбе на «шпильках» происходит перераспределение нагрузки: с пятки она перемещается на область поперечного свода, который её не выдерживает, деформируется, отчего и возникает поперечное плоскостопие.

Основные симптомы **продольного** плоскостопия — боль в стопе, изменение её очертаний.

Степени плоскостопия

Главный признак патологии — это боль в нижних конечностях. Сила и локализация болезненных ощущений зависят от степени плоскостопия:

- Первая степень. Видимых изменений формы стоп нет, но мышцы ослабевают, поэтому ноги устают и болят после продолжительной *исчезает после полноценного отдыха.
- Вторая степень. Деформация более заметна — стопа выглядит расширенной из-за уменьшения свода. Боль усиливается, может отдавать в голени и коленные суставы.
- Третья степень. Стопа сильно деформирована, что отражается на суставах: страдают голени, колени, бёдра, ягодицы и позвоночник. Боли беспокоят постоянно. Ходить в обычной обуви невозможно, а длительное пребывание на ногах становится испытанием.

Осложнения плоскостопия

- Легче согнуться, чем присесть на корточки; присев, тяжело удержать равновесие.
- Косолапие при ходьбе.

- Деформированные стопы (плоская стопа, искривлённые, непропорциональной длины пальцы ног, «косточка» на большом пальце (hallux valgus), чрезмерно широкая стопа), деформация коленных суставов, непропорциональное развитие мышц ног и голени.

- Плоскостопие предрасполагает к развитию вросшего ногтя.

Что будет, если не лечить плоскостопие?

При запущенной степени продольного плоскостопия деформируется внутренняя сторона голеностопа и стопа искривляется по вальгусному типу. В результате перегружается таранная кость, что является причиной остеоартроза.

При поперечном типе нагрузка приходится на переднюю часть стопы, поэтому развиваются остеоартрозы плюснефаланговых костей. На подошвенной стороне в соответствующих частях происходит огрубение кожи. Подошвенный апоневроз сокращается, что приводит к ограничению сгибаний и разгибаний пальцев (контрактура). Второй и третий палец приобретают молоткообразную форму. Из-за этого учащается контакт пальцев с поверхностью обуви, появляются мозоли.

Также наблюдается выраженное косолапие, грыжи межпозвоночных дисков, головные боли, пяточная шпора и варикоз.

Заболевание диагностирует врач-ортопед. Диагноз «плоскостопие» выставляется на основании рентгенографии стоп в 2 проекциях с нагрузкой (стоя). Предварительный диагноз «плоскостопие» может быть выставлен ортопедом на основании физикального осмотра или анализа изображений, полученных при помощи подоскопа.

Плоскостопие относят к прогрессирующим заболеваниям, поэтому сроки начала лечения играют роль в его результатах.

Плантография - исследование отпечатка (следа) стоп. Название метода произошло от латинских слов *planta* (подошва ступни) и *graphio* (рисунок). Диагностику проводят двумя методами: классическим и компьютерным. В первом случае ступни пациента покрывают красящими жидкостями, и он

оставляет след на бумаге. Затем врач-ортопед визуально оценивает отпечаток. При компьютерной плантографии исследование стопы проводится автоматически с помощью специальной программы.

Практическая часть:

Мы проводили диагностику классическим методом. Для снятия отпечатков подошвенной поверхности стоп была использована гуашь. Обучающимся предлагалось смазанной гуашью стопой, встать на чистый лист бумаги. Далее проводилась обработка полученных отпечатков с помощью разных методик.

Методика И.М.Чижина

Проводится касательная АВ к наиболее выступающим точкам стопы с внутреннего края. Через середину пятки к основанию 2 пальца проводят линию СД. На отрезке СД находят середину, через которую восстанавливается перпендикуляр ЕF до пересечения с касательной АВ в точке «в» и с наружным краем отпечатка в точке «а» и внутренним краем отпечатка в точке «б». Измеряются отрезки аб и бв.

Индекс, используемый для характеристики формы стопы, рассчитывается по формуле: $ИЧ = аб / бв$.

Оценка результатов:

0,0–1 — стопа не уплощена.

1,1–2 — уплощена (умеренное плоскостопие).

2,1 и более — стопа плоская.

Методика В.А. Ярлова-Яралянца

При этой методике на отпечаток наносят две линии: АВ, соединяющую середину пятки с серединой основания большого пальца, и АС, соединяющую середину пятки со вторым межпальцевым промежутком.

Если внутренний изгиб контура отпечатка стопы заходит за линию АС или располагается на ее уровне — стопа нормальная; если находится между линиями АВ и АС — стопа уплощена (плоскостопие 1-й степени); если не доходит до линии АВ — плоскостопие 2-й и 3-й степени.

Методика В.А.Шритера

К наиболее выступающим точкам внутренней части отпечатка проводится касательная линия (АБ). Находится середина отрезка АБ. Из середины отрезка АБ возводится перпендикуляр (ВД) до пересечения с наружным краем отпечатка. Отмечаются точки Г — в месте пересечения перпендикуляра с внутренней частью отпечатка стопы и Д — в месте пересечения перпендикуляра с наружной частью отпечатка стопы.

Измеряются отрезки ГД и ВД.

Индекс, используемый для характеристики формы стопы, рассчитывается по формуле: $I = \text{ГД} * 100 / \text{ВД}$

Оценка результатов:

00,0–36 —высокосводчатая (полая) стопа

36,1–43 —повышенный свод

43,1–50 — нормальная стопа

50,1–60 — уплощенная стопа

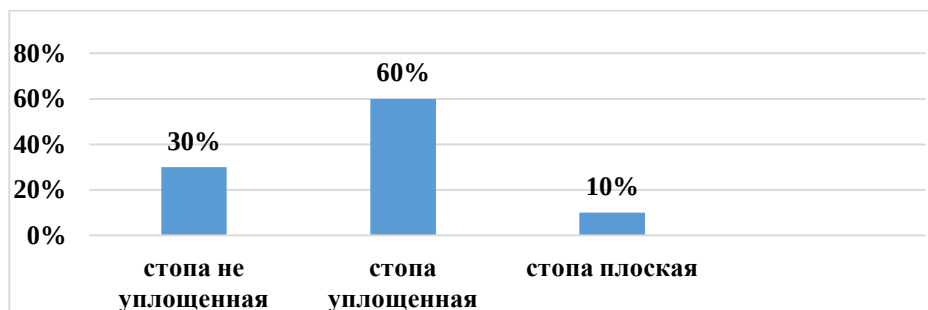
60,1–70 — плоскостопие.

Оценка результатов исследования.

В ходе исследования приняли участие 20 обучающихся.

Оценка плантограмм по методике И.М.Чижина выявила, что:

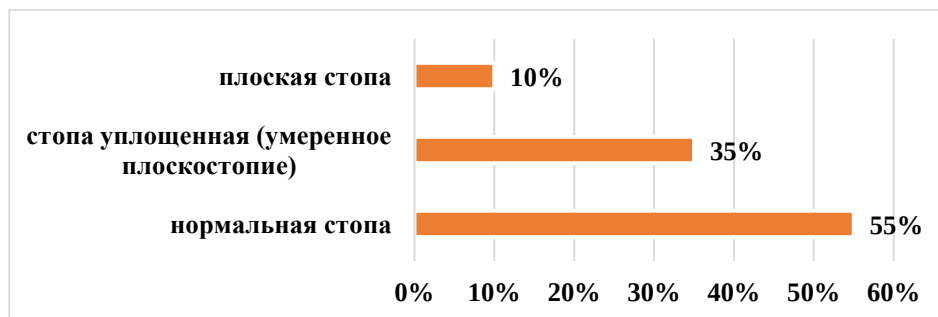
- ✓ у 6 человек (30%) – стопа не уплощена;
- ✓ у 12 человек (60%) – стопа уплощена (умеренное уплощение);
- ✓ у 2 человек (10%) – стопа плоская.



По методике В.А.Ярлова-Яралянца:

- ✓ 11 человек (55%) имеют нормальную стопу;
- ✓ 7 человека (35%) - уплощенную (умеренное плоскостопие);

✓ 2 человека (10%)- плоскую стопу.



По методике В.А.Штритера:

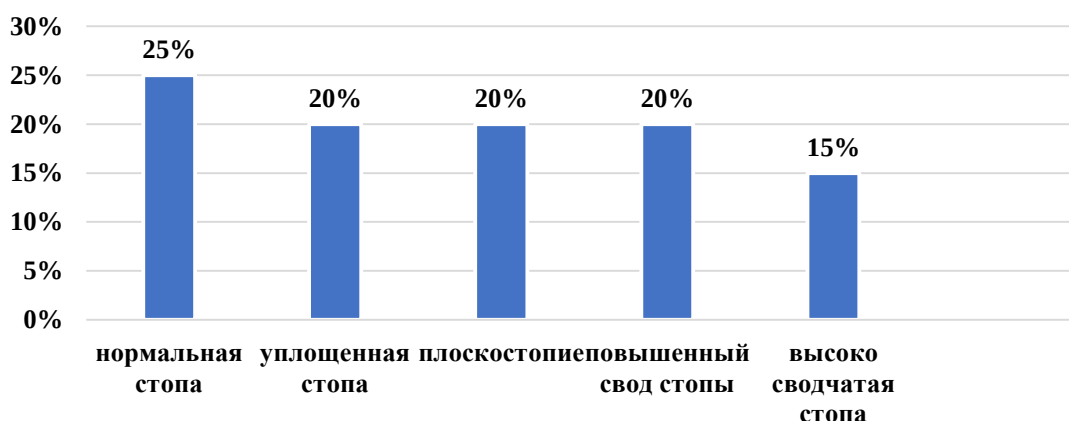
✓ 5 человек (25%) имеют нормальную стопу, а у остальных учащихся найдены различные отклонения от нормы:

✓ 4 человек (20%) – уплощенная стопа;

✓ 4 человека (20%) – плоскостопие;

✓ 4 человека (20%) – повышенный свод стопы;

✓ 3 человека (15%) - высокосводчатая стопа.



Анализ плантограмм показал, что метод Чижина и Ярлова-Яралянца имеют более низкую степень градации патологии стопы, по сравнению с методом Штритера.

Однако все три методики позволили выявить обучающихся с плоскостопием 10% (2 человека), 25% (5 человек) обучающихся с уплощенной стопой.

ВЫВОДЫ: в результате проведенной диагностики плоскостопия методом плантографии у обучающихся, установлено, что 25 % имеют нормальную стопу, а 75% - различные отклонения (15% - высокосводчатая

стопа; 20% - повышенный свод стопы; 20% - уплощение топы; 20% - плоскостопие).

Простые в использовании и легко выполнимые плантограммы по Чижину, Штритеру, Яралову–Яралянцу обладают достаточно высокой степенью точности диагностики плоскостопия. Данные методики можно применять в домашних условиях для выявления данной патологии.

Методика Штритера дает самую высокую степень градации состояния стопы в целом.

В ходе исследования были выявлены учащиеся с высокосводчатой (полой) стопой. Это патология, обратная плоскостопию. Этим ребятам было рекомендовано посетить врача-ортопеда.

В результате проведенного исследования выяснили, что одной из основных причин развития плоскостопия является ношение неправильно подобранной обуви.

Ю.А. Буракова

Руководитель преподаватель А.Н. Белясникова

ПАМЯТНИКИ АРХИТЕКТУРЫ ГОРОДА БУДЕННОВСКА

Народная молва гласит: "Не зная прошлого, нельзя жить в настоящем". Узнать об историческом прошлом своего народа мы можем из книг по истории, кинофильмов, Интернет-ресурсов, рассказов старших. А ещё об историческом прошлом нам многое могут рассказать памятники, которые есть в каждом городе.

Актуальность проекта: Через знакомство с памятниками можно узнать историю развития города и целой страны. Памятники архитектуры - это сохранившиеся свидетели какой-либо эпохи, тесно связанные с историческими событиями. По ним можно проследить историю развития зодчества-искусства строительства. Поэтому возникла идея исследовательского проекта «Памятники архитектуры города Буденновска».

Цель проекта: Расширить представление о том, что родной город славен своей историей, традициями, достопримечательностями.

Объект исследования: памятники архитектуры города Буденновска.

Предмет исследования: история создания памятников архитектуры города Буденновска.

Задачи:

1. Посетить краеведческий музей, городскую библиотеку и собрать материал об истории создания памятников архитектуры нашего города.

2. Подготовить доклад «Памятники архитектуры города Буденновска».

Гипотеза: история создания памятников архитектуры связана с историей нашей страны, с развитием нашего города.

Продукт проекта: доклад "Памятники архитектуры города Буденновска».

В истории Будённовска есть нечто притягательное и завораживающее, скрытое во мраке веков. Но благодаря историкам, мы имеем возможность рассеять его и, приоткрыв завесу времен, заглянуть в прошлое города, в седую древность. Много перемен произошло в жизни города. Не раз менялось его название. Преображался его внешний облик.

Город Будённовск получил своё название в честь советского полководца Семёна Михайловича Будённого.

До 1921 город назывался Святой Крест, до 1935 — Прикумск, до 1957 — Будённовск и до 1973 — Прикумск, сейчас снова Будённовск.

Город Святого Креста, именно так назывался город, основанный в XVIII веке на месте Старых Маджар, Святой Крест становится административным и торговым центром, меняется архитектурный облик города. Его отличают прямоугольная планировка и ровные прямые улицы.

В настоящее время в центральной части города находятся несколько самых красивых в архитектурном исполнении зданий, построенных в начале XX века, среди них есть особняки богатых купцов и дом нотариуса. За свою уникальность эти здания получили статус памятников архитектуры и градостроительства регионального значения. Они внесены в Единый

государственный реестр объектов культурного наследия, находятся на государственном учёте и охраняются государством. Ценность этих памятников заключается прежде всего в том, что они несут информацию о культуре прошлых лет.

До наших дней в хорошем состоянии сохранились архитектурные достопримечательности нашего города. Они практически не утратили свой первозданный вид, даже спустя столетия. Город буквально дышит историей, и достопримечательности Будённовска – яркое тому подтверждение.

Какие же памятники архитектуры есть в городе Буденновске? Познакомимся с некоторыми из них.

1. «Гостиница» (1912) г. Будённовск, ул. Пушкинская, 244

Здание памятника архитектуры и градостроительства «Гостиница» выходит главным и боковым фасадами на улицы Пушкинская и Ленинская, и поэтому хорошо обозревается с двух сторон. Этот градостроительный приём нашёл широкое отражение в застройке города Будённовска.

В архитектуре фасада зодчий смог соединить элементы романской архитектуры с национально-романтической ветвью модерна.



Историческая справка

Здание было построено в 1912 году и первоначально являлось постоялым двором, а потом- гостиницей. В 1942 году во время немецко-

фашистской оккупации города здесь располагалось гестапо. Во дворе расстреливали неугодных немцам жителей города. После освобождения там было обнаружено 72 трупа, среди которых были мужчины, женщины и даже дети.

После Великой Отечественной войны в здании памятника архитектуры и градостроительства располагались: Отдел внутренних дел Будённовского района, управление Жилищно-коммунального хозяйства, Бюро технической инвентаризации, городская справка, парикмахерская и кабинет нотариуса.

К сожалению, простояв более 100 лет, объект культурного наследия «Гостиница» находится в аварийном состоянии и нуждается в ремонте.

2. «Дом купца И.В.Б.» (1912) г. Буденновск, ул. Пушкинская, 165

Памятник архитектуры и градостроительства регионального значения «Дом купца И.В.Б.» является представителем романтического течения в



русской архитектуре. Каменное, одноэтажное здание, в плане - квадрат, под шатровой кровлей, выполнено в архитектурном стиле эклектика. Главным фасадом дом выходит на улицу Пушкинскую.

Историческая справка

Памятник архитектуры и градостроительства в настоящее время является частным домовладением. Здание используется исключительно под жилые помещения в порядке, установленном действующим законодательством.

3. «Дом нотариуса Соколова» (1912) г. Буденновск, ул. Гирченко, 227

Памятник архитектуры и градостроительства «Дом нотариуса Соколова» является украшением центральной части города Будённовска и выходит фасадами на улицы Октябрьскую и Гирченко.

Здание было построено в 1912 году архитектором А.А. Шрейбером. Высота помещений первого и второго этажей составляет около 3,5 м. Дом относится к архитектурному стилю - романтический модерн.



Отличительной особенностью здания являются два купола многогранной формы, расположенные на углах главного фасада на невысоком барабане. Особую нарядность памятнику придают красивые флорентийские окна, выполненные в интерпретации стиля модерн, и художественное оформление углов.

Историческая справка

Дом был построен для нотариуса Соколова. На первом этаже располагалась контора, на втором - жила семья. По желанию хозяина, учитывая здешнюю жару, на теневой стороне здания были устроены две комнаты без печей – для летнего времени.

В начале 1919 года в городе хозяйничали белогвардейцы. Здесь квартировались Кубанский полк и полк «дикий дивизии». В двухэтажном доме «адвоката Соколова» размещался штаб дивизии белогвардейцев.

В годы Великой Отечественной войны здесь был организован госпиталь для выздоравливающих солдат. Пациенты госпиталя часто отдыхали на балконе, который в настоящее время не сохранился. После Великой Отечественной войны в «Дом нотариуса Соколова» было переведено

педагогическое училище, которое находилось здесь до 19 августа 1956 года. Затем в этом здании была размещена школа-интернат.

С 1980 года в помещениях памятника архитектуры и градостроительства расположились общежитие для учащихся и учебные аудитории Будёновского медицинского училища (в настоящее время – ГБПОУ СК «Буденновский медицинский колледж»). В 2016 году общежитие было закрыто. Сейчас в бывшем общежитии находятся учебные аудитории.

4. «Земская управа» (1912) г. Будёновск, ул. Пушкинская, 230

Памятник архитектуры и градостроительства «Земская управа» был построен по проекту и под непосредственным руководством архитектора А.А. Шрейбера.

Объект имеет две даты рождения. Первая – 18 декабря 1911 года, когда состоялось официальное открытие здания «Земской управы» и 1912 год, когда объект культурного наследия был восстановлен после пожара. Он был возведён из современных железобетонных конструкций и кирпича. Основой для разработки объёмно-планировочного решения здания послужила архитектура, распространённая во второй половине XVIII - начале XIX веков в Российской империи, классицизма.

Фасады здания богато украшены лепниной с элементами советской символики, что даёт основание отнести его к архитектурному стилю сталинский ампи́р или его разновидности: символизм, социалистический реализм.



Историческая справка

Здание предназначалось для проведения уездных съездов и воинского присутствия. После Октябрьской революции 1917 года здесь размещались партийные, комсомольские и советские органы.

В годы Великой Отечественной войны в период оккупации города в 1942-1943 годах перед отступлением, вместе с другими объектами, немцы взорвали здание горкома ВКП (б).

До 1954 года велись реставрационные работы здания, после которых изменился его вид, был убран балкон, пилястры, колонны на главном фасаде. С 1980 года в здании «Земской управы» располагался Дом пионеров.

1 сентября 1992 года Дом пионеров был переименован в Дом детского творчества.

14 июня 1995 года во время террористического нападения банды, возглавляемой Шамилем Басаевым, здание памятника архитектуры и градостроительства было подожжено.

В 1995-1996 годах оно было восстановлено за счёт средств федерального бюджета.

5. «Казначейство» (1912) г. Будённовск, ул. Октябрьская, 43

Памятник архитектуры и градостроительства «Казначейство» был построен архитектором А.А. Шрейбером в 1911 году. Одноэтажное



здание на высоком цоколе, в плане представляет прямоугольник, с классическими пропорциями, близкими к «золотому сечению», богато декорировано архитектурными деталями, выполнено из фасонного красного керамического кирпича лицевой кладкой. По своему архитектурному стилю относится к кирпичному варианту романтического модерна.

Историческая справка

Как и «Земская управа» «Казначейство» имеет две даты рождения. Из архивных документов следует, что в 1911 году в связи с перенесением уездных

учреждений Прасковейского уезда в город Святой Крест, было завершено строительство здания «Казначейства». Однако в списке памятников истории и культуры Ставропольского края, подлежащих охране как памятники регионального и федерального значения, датой постройки объекта культурного наследия регионального значения «Казначейство» указывается 1912 год.

После Октябрьской революции 1917 года и по 1987 год в здании казначейства размещался Госбанк.

28 апреля 1987 года городским Советом народных депутатов было принято решение № 202 «О создании в городе Будённовске общественного музея». Официальное открытие краеведческого музея в здании «Казначейства» состоялось 9 мая 1992 года.

6. «Административное здание» (1914) г.Будённовск, ул.Пушкинская,115

«Административное здание» является одним из украшений ансамбля центральной площади города. Оно было построено в 1914 году. Автор памятника архитектуры и градостроительства неизвестен.

Представительное двухэтажное здание выполнено из керамического кирпича («кирпичный» стиль), по вертикали разделено на две части. Здание – монументальное, композиционно уравновешенное, венчается карнизом в стиле эклектика с использованием архитектурных форм классики.

В уровне второго этажа мощным архитектурным акцентом является огромный балкон, перила которого представляют художественное литье из металла. Большой вынос площадки балкона на небольших металлических кронштейнах - характерный элемент архитектуры стиля модерн. Внешняя неповторимость, оригинальность здания относится к произведению архитектуры его романтической ветви.



Историческая справка

Здание принадлежало Арзиманову Ивану Алексеевичу. Он содержал в нём пансионат. В кухне работала его жена – Нектарина Тимофеевна. Детей у них не было. Затем Арзимановы переехали в город Кисловодск, а позже - в Москву, где Нектарина Тимофеевна работала экономкой у Всесоюзного старосты Михаила Ивановича Калинина.

В советский период в здании находились органы исполнительной власти. В 20-х годах XX века с балкона этого дома с пламенной речью выступал советский партийный и государственный деятель Сергей Миронович Киров.

С 1980 года здесь располагается «Будённовское медицинское училище», переименованное в 2009 году в ГБПОУ СК «Будённовский медицинский колледж».

7. «Купеческий дом» (1914) г.Будённовск, ул. Советская, 43

Одноэтажное кирпичное здание с подвалом было построено в 1914 году. Перед архитектором, проектировавшим «Купеческий дом», стояла задача соединить в одном сооружении торгово-промышленное и жилое назначение здания. Это стало возможным только при использовании архитектурного стиля эклектика, сочетающего в себе всё богатство



архитектурных форм и элементов. В объёмно - планировочном решении и архитектурной композиции здания прочитывается ещё не совсем угасший классицизм: применение строгих прямоугольных

очертаний в плане и фасадах; использование законов симметрии.

Историческая справка

Дом строился для зятя купца-винодела Айвазова. В нём находился дегустационный зал и жилые комнаты. Под зданием размещался огромный погреб – чехирня для хранения вин. Глубина погреба достигала 4,5 м. В него свободно въезжала лошадь с телегой для погрузки бочек с вином.

С 1946 г. по 1996 г. в «Купеческом доме» находился народный суд.

С 1996 г. по 1998 г. располагалось местное отделение Всероссийского общества инвалидов, затем здание было передано Управлению Труда и Социальной Защиты Населения Администрации Будённовского района.

Заключение

Как видим, многие исторические события не прошли мимо нашего города. Культурное наследие, доставшееся нам, необходимо содержать в порядке, следить за тем, чтобы памятники не подвергались разрушению. Ведь нельзя строить будущее, не зная своего прошлого.

Для России наш город – частица,
А для нас он – родительский дом.
И мы рады, что можем гордиться
Малой Родиной, где мы живем...

Памятники архитектуры являются напоминанием о нашей богатой истории, связующим звеном с нашими предками. Молодое поколение должно

изучать и знать историю своей страны, своей малой Родины. Ведь человеческая мудрость гласит: "Только та страна, в которой люди помнят о своём прошлом, достойна будущего".

Использованные источники

1. Аджимамедов Р.Е. Страницы истории Прикумья с древнейших времён / Р.Е. Аджимамедов. – Будённовск, 1992 - 172 с. - Текст непосредственный.
2. Акопян В.З., Леденёв А.Ю. Историческая справка о городе Святого Креста / А.Ю.Леденёв - Ставрополь : Книжное изд-во, 1988. – 120 с. - Текст непосредственный.
3. Сербиенко В.Я. Быль о Кочубее. Документальная повесть / В.Я. Сербиенко. – Ставрополь: Ставропольское книжное издательство, 1973. - 187 с. - Текст непосредственный.
4. Серебрякова Т.М. Чтобы память была долгой. Сборник воспоминаний / Т.М. Серебрякова. – Будённовск, 2004. – 54с. - Текст непосредственный.
5. Студенников Ю.К. Сказание о земле Прикумской. К 200-летию города Будённовска / Ю.К. Студенников. - М.: Воскресенье, 1999. – 96 с., ил. - Текст непосредственный.

ЕССЕНТУКСКИЙ ФИЛИАЛ ФГБОУ ВО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МЗ РФ

Ж. М. Аль Нажжар

Руководитель преподаватель А. А. Малова

КОФЕ В СИСТЕМЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Закройте на несколько секунд глаза и представьте, что перед вами стоит чашечка кофе... Почувствовали необыкновенный, ни с чем несравнимый аромат? По статистике население земного шара ежедневно выпивает около 2,5 млрд. чашек кофе. Польза и вред этого популярного

напитка являются предметом вечных споров. Именно этим и подтверждается актуальность выбранной нами темы.

Существует много теорий о происхождении кофе. Одна из них относится к середине IX века и рассказывает о пастухе из провинции Каффа на юге Эфиопии. Он заметил, что его козы питались «чудо-ягодами» и были долго бодры. Попробовав, он сам обнаружил их тонизирующий эффект и поспешил поделиться находкой с аббатом местного монастыря. Тот приготовил из ягод напиток, который позволил оставаться бодрым во время многочасовых молитв.

Другая легенда гласит, что кофе открыл шейх Омар, врач, который применял плоды для лечения различных болезней.

Как только не называли кофе в просвещённой Европе! И «чёрной кровью», и «сиропом из сажи», но благодаря пылу европейцев кофе в середине XVIII века из малоизвестного превратился в популярный напиток. Предприимчивее всех оказались голландцы, французы тоже не дремали. До сих пор на острове Мартиника стоит памятник французскому капитану де Киле, завезшему на родину несколько зёрен кофе, похищенных у голландцев. Де Киле заложил на Мартинике плантации, которые насчитывают 16 млн. кофейных деревьев.

Россия узнала кофе позже Европы. Пивал его ещё царь Алексей Михайлович, которому придворный лекарь прописал «варёный кофий», как лекарство против «надмений, насморков и главоболений». Царь Пётр I кофе уже усиленно внедрял, по возвращении из Голландии император начал железной рукой принуждать подданных разделять его пристрастия. По утверждениям современников, Пётр I мог в любое время дня и ночи явиться в дом к кому-либо из вельмож и потребовать чашечку кофе. В 1724 году в Санкт-Петербурге по велению императора открыли 15 предназначенных для иностранцев трактиров, где подавали кофе.

При Анне Иоанновне в 1740 году в Петербурге был открыт первый Кофейный дом. Хотя страсть к кофе питали и Елизавета, и Екатерина II, вплоть

до Отечественной войны 1812 года напиток оставался причудой высшей знати, так как традиционно в России любили морсы, компоты, чай. Настоящую популярность кофе обрёл после победы над Наполеоном. С тех пор кофе стал частым гостем и в усадьбах мелкопоместных дворян, и в купеческих домах, и даже квартирах разночинцев.

Известные личности, которые являлись фанатами кофе:

- Бах создал «Кофейную кантату», пользующуюся успехом до сих пор;
- Бетховен не мыслил жизни без чашки кофе, сваренного ровно из 60 зёрен;
- Вольтер в день выпивал до 50 чашечек кофе;
- огромными порциями холодного кофе Бальзак поддерживал силы, чтобы писать тома «Человеческой комедии» сутки напролёт;
- Сальвадор Дали не только пил кофе, но и проливал его на себя и свои работы, красочно описывая свои ощущения от подобного опыта.

Весь мир пьет кофе. Тем удивительнее, что не так много потребителей осведомлено о том, как, собственно, кофе воздействует на их организм. Для начала рассмотрим его химический состав.

Зерна кофе содержат кофеин, сахара, минеральные, азотистые и другие вещества. Также в зёрнах обнаружены витамины и три десятка необходимых органических кислот. Одна из них, чрезвычайно редкая в природе, хлорогеновая, придаёт кофе характерный вяжущий привкус. В кофе также содержатся микроэлементы, которые необходимы организму человека для полноценной работы.

Химический состав кофе свидетельствует о том, что это не только вкусный продукт, но благодаря содержанию жира, сахаров и белковых веществ обладает пищевыми достоинствами. Важное место в химическом составе кофе занимает алколоид кофеин, который оказывает возбуждающее и стимулирующее действие на организм человека.

Теперь самое время подробнее рассмотреть, в чем причина продления жизни при употреблении кофе. Наиболее обобщающее метаисследование показало, что кофе снижает риск сразу нескольких видов рака – полости рта, эндометрия, кишечника и кожи. Также он снижает риск рака желудка и рака простаты. Существует свидетельство, что кофе тормозит снижение умственных способностей за счет антиоксидантов. Кофе может защищать нейроны мозга от болезни Паркинсона. Содержащаяся в кофе хлорогеновая кислота может обеспечивать защитный эффект против диабета.

Стимулирующее действие кофе объясняется высоким содержанием кофеина, который активизирует кровоток. Это способствует лучшему кровоснабжению головного мозга, что помогает человеку быстрее сконцентрироваться.

В составе зерен присутствует гормон счастья – серотонин. Он «охраняет» от стрессовых ситуаций и эмоционального переутомления. Людям с брадикардией и гипотонией рекомендуется пить кофе, потому что кофе повышает давление и пульс.

Итальянские ученые выяснили, что употребление двух чашек напитка в день частично предотвращает развитие астмы и образование камней в желчном пузыре.

Однако, несмотря на всю пользу, кофе приносит и вред. Частое употребление напитка негативно отражается на работе нервной системы. Организм находится в возбужденном состоянии, что приводит к нервному истощению, в результате которого проявляются приступы агрессии и плохого настроения. Людям с тахикардией и гипертонией не следует пить кофе.

Кофе может вызывать зависимость. Некоторые люди пьют кофе ради тонизирования. Однако, чтобы держать тонус постоянным, необходима доза кофе больше, чем в прошлый раз.

В настоящее время кофе является популярным напитком среди молодежи, поэтому мы провели опрос с целью выявления уровня осведомленности студентов Ессентукского филиала СтГМУ о том, какое

влияние кофе оказывает на здоровье человека. В исследовании приняли участие 150 обучающихся отделения «Сестринское дело», которым было предложено ответить на вопросы анкеты, размещенной в Google Forms.

По результатам исследования любителями кофе оказались 80% опрошенных, 13% признались, что равнодушны к данному напитку, а 7% однозначно ответить не смогли. Таким образом, получается, кофе – популярный напиток среди молодежи, соответственно, знания о его влиянии на организм должны быть на высоком уровне.

Далее мы выяснили, какой кофе предпочитают участники опроса. Половина респондентов пьет исключительно молотый кофе, сваренный в турке или кофемашине. 30% довольствуются растворимым кофе, при этом обязательно обращают внимание на качество продукта. 40% опрошенных не мыслят своего дня без кофе со всевозможными добавками (молоко, натуральное и растительное, сливки, сиропы и т.д.). Полученные результаты свидетельствуют о том, что большинство молодых людей отдают предпочтение молотому кофе без добавок, так как ценят натуральный вкус кофейных зерен.

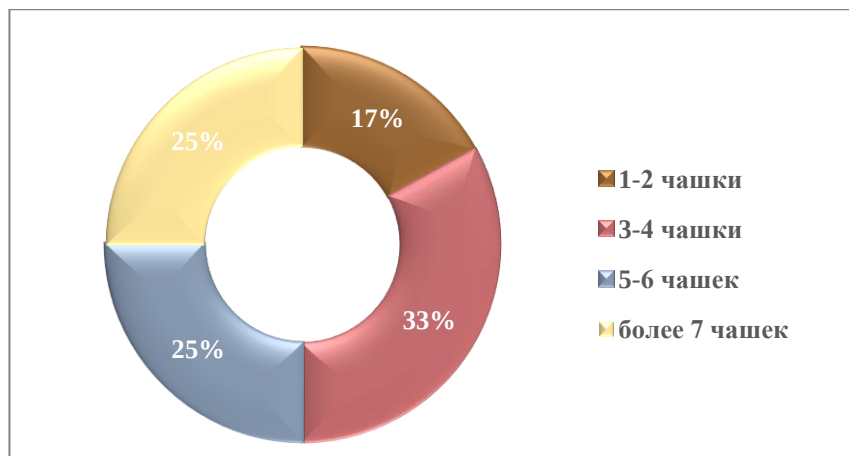


Рис. 1. Сколько чашек кофе в день Вы употребляете?

Следующим вопросом мы определили, сколько чашек кофе в день принимают студенты. Данные диаграммы (рис. 1) наглядно демонстрируют, что больше половины опрошенных пьют от 3 до 6 чашек кофе в день, и четверть участников – больше 7. Таким образом, полученные результаты

заставляют задуматься о том количестве кофейного напитка, который присутствует в рационе молодых людей.

Далее определено, знают ли будущие медицинские работники о противопоказаниях к употреблению кофе. Ответы на данный вопрос показывают, что большая часть респондентов не знакома с противопоказаниями, 8% опрошенных частично осведомлены, и только 25% знают о том, при каких нарушениях здоровья употреблять кофе нежелательно (рис. 2). Следует обратить внимание на полученные результаты и разработать превентивные меры по устранению пробелов в знаниях.

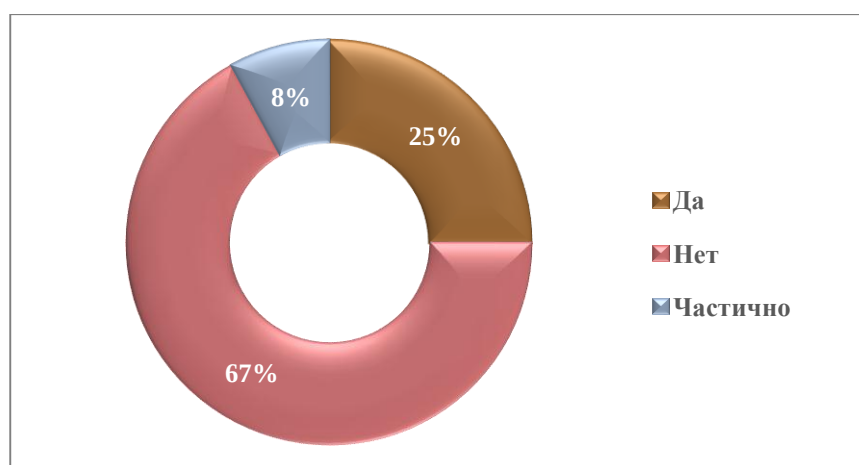


Рис. 2. Знаете ли Вы о противопоказаниях к приему кофе?

Для того, чтобы определить, как кофе влияет на организм опрошенных, мы задали им вопрос о том, какие симптомы они могут отметить у себя после приема кофе (рис. 3).



Рис. 3. Субъективные симптомы респондентов после употребления кофе.

Боль в желудке отметили 13% респондентов, что доказывает раздражающее влияние кофе на слизистую оболочку пищеварительного тракта. Учащенное сердцебиение указали четверть участников опроса, при этом некоторые из них добавили, что порой, после нескольких чашек кофе ощущают даже тремор рук, что подтверждает психотропное и кардиотоническое действие кофеина, как главного компонента кофе. Еще 25% опрошенных отметили, что при превышении количества чашек кофе в день, их мучает бессонница, обоснованная стимуляцией работы ЦНС под воздействием концентрации кофеина. При этом 42% респондентов указали, что это же действие кофеина позволяет им повысить концентрацию внимания при выполнении сложных задач. Чувствуют себя бодрыми и в хорошем настроении после чашки кофе превалирующее число студентов, а 67% отмечают, что бодрость и эйфория сменяются раздражительностью, нервозностью, головной болью при отсутствии кофе. Это объясняется тем, что кофеин, воздействуя на ЦНС, вызывает привыкание и так называемую «кофеиновую зависимость».

Таким образом, результаты нашего опроса подтверждают данные научных исследований: кофе практически в равной пропорциональной зависимости может как положительно, так и отрицательно влиять на организм человека с учетом количества и качества напитка, а также наличия нарушений здоровья в анамнезе.

Сегодня кофе – не просто тонизирующий напиток, а дань модному увлечению. Изначально, культура кофепития предполагала наличие красиво сервированного столика и тонких фарфоровых кружек. В настоящее время ритм жизни современного человека не позволяет тратить много времени на утонченный прием кофий. Кофе на вынос стало лидером в сегменте общественного питания, опередив рестораны, кафе и кофейни. «Быстро, просто, доступно!» – такой лозунг мобильных пунктов нарушил вековые традиции кофейного ритуала.

Мы провели анализ кофейного бизнеса в нашем городе и получили следующие результаты. Стационарных кофеен, имеющих соответствующий вид лицензии, специальное оборудование и сертификаты качества на сырье, в курортном городе Ессентуки 30, кофе на вынос предлагают 98 мобильных кофеен. Таким образом подтверждено, что потребители отдают предпочтение выпить кофе на ходу из одноразового стаканчика, не придавая особого значения качеству предложенного напитка.

При этом многие не знают, что бумажный стаканчик с пластиковой крышкой несет в себе дополнительные риски для здоровья, так как бумага покрыта полиэтиленовым слоем, который не пропускает жидкость, а крышка и соломинки изготовлены из полистирола. При соприкосновении с горячей жидкостью эти компоненты выделяют вредные канцерогенные вещества.

Но есть еще один важный аспект – экология. Стаканчик для кофе изготавливается из цельной целлюлозы. Задумайтесь, качественная древесина идет на изготовление предмета, срок службы которого от силы 10 минут, при этом вторичной переработке стаканчики не подлежат. По подсчетам в России ежегодно используется около 6 млрд. одноразовых стаканов, и все они оказываются на свалке. Пластик не разлагается никогда!

Исходя из всего вышеизложенного, сделаны выводы:

1. История кофе насчитывает тысячелетия, изобилует интересными фактами.
2. Кофе в равной степени оказывает положительное и отрицательное влияние на здоровье человека, напрямую зависящее от количества, качества кофе, наличия заболеваний.
3. Молодые люди любят кофе, пьют его много, предпочитая кофе на вынос. При этом об опасных свойствах кофеина, а также тары, в которой подается кофе в мобильных кофейнях, молодежь практически не осведомлена, что является повышенным риском развития хронических заболеваний.

4. Засорение окружающей среды пластиком несет глобальную угрозу всему живому на нашей планете, поэтому следует проявить осознанность и ответственность к себе и к месту, где живешь.

«Все вещи суть яд, и нет ничего не ядовитого; но именно доза делает любую вещь не ядовитой». Это изречение Парацельса имеет прямое отношение к кофе.

Вписать кофе в систему здорового образа жизни можно и нужно, соблюдая баланс, адекватно оценивая положительное и отрицательное воздействие. Приятного и полезного кофепития!

М. Л. Григориадис

Руководитель преподаватель У. С. Дуйсенбиева

ПИЯВКА: ЦЕЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА «ЖИВОЙ ИГЛЫ»

В последние десятилетия на фоне увеличения числа хронических заболеваний отмечается активный поиск различных безлекарственных методов лечения. Особое внимание привлекают методы, тысячелетиями применявшиеся нашими предками. Один из них – гирудотерапия.

Традиции лечения с помощью этого необычного метода особенно сильны в России. В отличие от западной медицины, где до недавнего времени гирудотерапия была полностью забыта, в России пиявки всегда использовались в народной, а в последние 100 лет – и в официальной медицине.

Гирудотерапия или бделлотерапия – метод альтернативной медицины, основанный на использовании для лечения различных заболеваний человека медицинских пиявок, которых выращивают на специальных биологических фермах.

Первые изображения пиявок найдены на стенах склепов древнеегипетских фараонов, а первые записи о пиявках датируются I веком н.э. Еще больше записей оставил древнеримский врач Клавдий Гален, который описал положительное влияние пиявки на организм. Самый системный труд о пиявках, дошедший до нас из глубины веков, оставил Ибн-Сина, более

известный как Авиценна. В «Каноне о врачебной науке» Авиценна подробно изучил и описал лечение пиявками различных заболеваний.

Открытие в 1902 году Джоном Хейкрафтом фермента слюны пиявки гирудина положило начало научному применению пиявок в медицине. Пиявку использовали и описали в своих научных работах М.Я. Мудров и Н.И. Пирогов, Г.А. Захарьин и В.П. Филатов.

Медицинские пиявки делятся на два вида: *аптекарская и лечебная*.

Аптекарские пиявки имеют на спинке ярко выраженные оранжевые полосы с темными пятнышками неправильной формы. По краям брюшка зеленоватого цвета расположены две полосы вдоль всего тела (рис. 1).

У лечебных пиявок вдоль спинки по обеим сторонам располагаются узкие расходящиеся и сходящиеся полосы, между которыми просматриваются темные пятна (рис. 2).



Рис. 1. Аптекарские пиявки. Рис. 2. Лечебные пиявки.

У пиявок различается состав слюны. Ученые доказали, что аптекарские особи из Краснодарского края обладают самым сильным по своему действию слюнным секретом. Именно этот вид стал широко выращиваться в искусственных условиях и применяться в практических целях.

Лечебный эффект гирудотерапии складывается из нескольких факторов: *рефлекторного, механического и биологического*.

Во-первых, пиявок обычно размещают таким образом, чтобы они прокусывали кожу пациента только в рефлексогенных точках (т.е. точках иглоукалывания). Во-вторых, пиявки осуществляют чисто механическое воздействие на кровоток. Имеется в виду высасывание крови и ее длительное

истечение из ранки после укуса. И, в-третьих, пиявки вбрасывают в кровоток свою слюну, содержащую более ста разнообразных биологически активных компонентов (природных лекарственных веществ), мягкое действие которых приводит к нормализации работы человеческого организма.

Гирудин – это высокоспецифичный ингибитор (блокатор) фермента тромбина, с которым он образует прочный комплекс и блокирует все известные реакции, активатором в которых выступает тромбин. Гирудин является наиважнейшим ферментом слюны пиявки и незаменимым для нашей крови.

Основные составляющие гирудина: глутамин, лизин, аспарагин, серин, гиалуронидаза, дестабилаза, оргелаза, коллагеназа, липаза. Следует отметить три из них:

- гиалуронидаза – катализирует реакции гидролитического расщепления и деполимеризации гиалуроновой кислоты;
- дестабилаза – умеет растворять уже образовавшиеся тромбы, обладает мощным противосклеротическим действием и обеспечивает наиболее эффективный транспорт биологически активных веществ непосредственно через мембрану клетки;
- коллагеназа – способна разрушать длинные нити белка коллагена, который образуется в процессе заживления ран, и способствует рассасыванию келоидных рубцов и решению других проблем кожи.

Перечень заболеваний, при которых гирудотерапия дает видимый эффект:

- повышенное кровяное давление;
- стенокардия;
- ишемическая болезнь;
- заболевания головного мозга;
- варикоз;
- тромбы;

- экземы, дерматиты;
- заболевания ЛОР-органов;
- заболевания ЖКТ;
- заболевания опорно-двигательного аппарата.

Чаще всего прямым показанием к гирудотерапии является нарушение кровообращения (повышенная свертываемость, тромбообразование) и заболевания печени (застойные явления в клетках печени).

Противопоказания к гирудотерапии:

- заболевания, сопровождающиеся нарушениями свертываемости крови (гемофилия, геморрагические диатезы);
- анемии (уровень гемоглобина ниже 100 г/л);
- лейкозы;
- кахексия (выраженное истощение);
- эрозивно-язвенные поражения и опухоли желудочно-кишечного тракта;
- острые лихорадочные заболевания с неясной этиологией;
- подострый бактериальный эндокардит;
- активные формы туберкулеза;
- состояние острого психического возбуждения и алкогольного опьянения;
- артериальная гипотония;
- беременность;
- состояние после операций на мозге и позвоночнике;
- индивидуальная непереносимость пиявок;
- недавно проведенное лечение, связанное с применением препаратов, препятствующих свертываемости крови.

В связи с тем, что применение пиявок имеет ряд противопоказаний, следует обязательно проконсультироваться со специалистом на основе лабораторных анализов крови и сбора подробного анамнеза.

В контексте изучаемого предмета нами было проведено практическое исследование с целью анализа эффективности лечения пациентов при помощи гирудотерапии.

Исследовательская работа проводилась на основе изучения учетно-отчетной документации и опроса пациентов процедурного кабинета медицинского центра «Гармония» в ст. Ессентукской с 1 августа по 1 сентября 2022 года. За этот период в клинику поступило 80 обращений на проведение данной процедуры по показаниям, а также исходя из личных предпочтений и желаний пациентов.

Во время консультации сертифицированного врача-гирудотерапевта и сбора анамнеза было выявлено, что некоторые пациенты имеют ряд противопоказаний (рис. 3). В структуре противопоказаний к гирудотерапии наибольшему числу пациентов отказано в курсе в связи с диагностированными грибковыми и инфекционными заболеваниями кожи, артериальной гипотензией и пониженным уровнем гемоглобина.

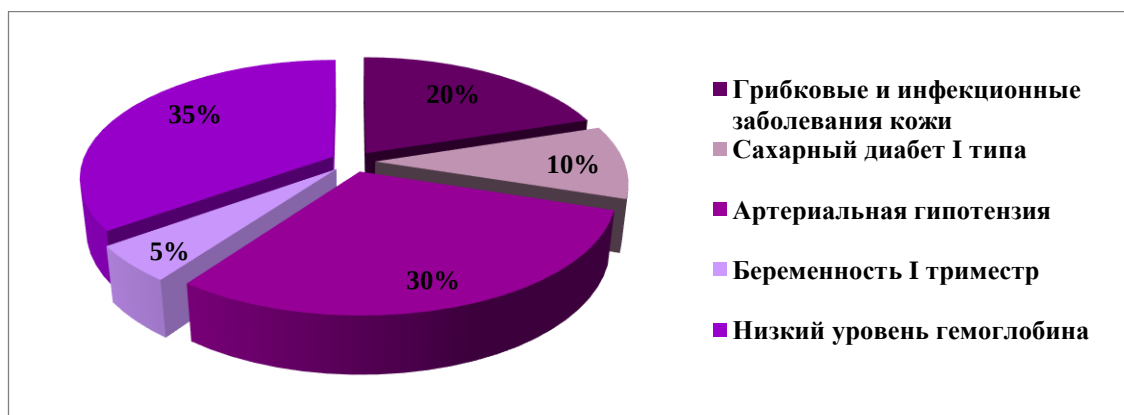


Рис. 3. Выявленные противопоказания к гирудотерапии.

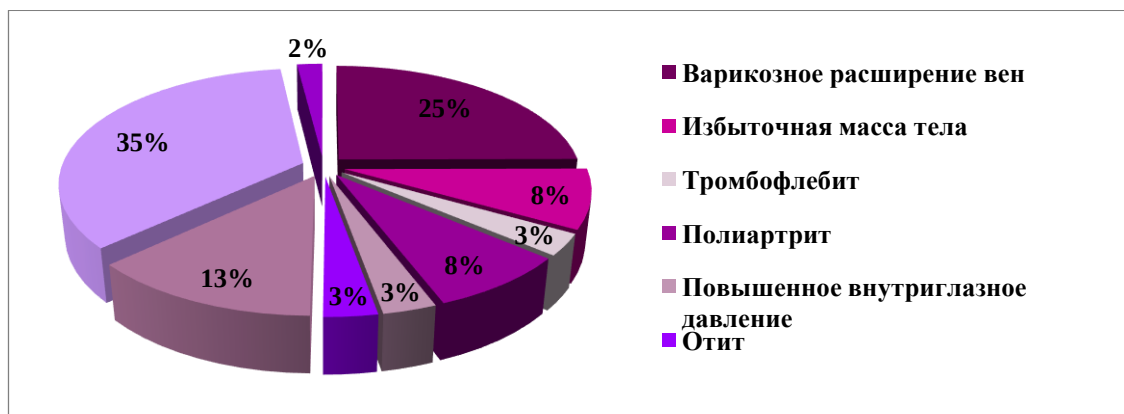


Рис. 4. Заболевания, при которых назначена гирудотерапия

К проведению гирудотерапии было допущено 60 пациентов при выявлении соответствующих показаний (рис. 4). При варикозном расширении вен лечение было назначено 15 пациентам (25%), избыточной массе тела – 5 (8%), тромбозе – 2 (3%), полиартрите – 5 (8%), повышении внутриглазного давления – 2 (3%), отитах – 2 (3%), очищении организма от токсических веществ – 8 (13%), косметологии – 20 (35%), псориазе – 1 (2%).

После выполнения процедуры у 20 пациентов были отмечены побочные эффекты, без осложнений процедура завершилась у 40 пациентов. Основным побочным эффектом гирудотерапии является длительное кровотечение, на втором месте – проявление аллергических реакций, далее отмечено появление шрамов и потемнение кожи, реже встречались массивные гематомы (рис. 5).

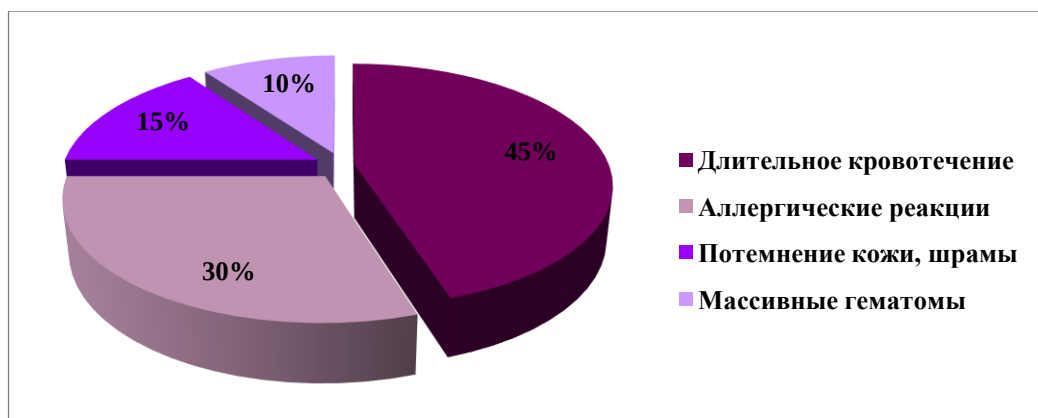


Рис. 5. Зафиксированные побочные эффекты гирудотерапии.

Эффективность лечения была подтверждена следующими результатами:

- выявлена положительная динамика в лабораторных показателях;
- в лучшую сторону изменилось общее состояние пациентов;
- произошло купирование болевого синдрома;
- уменьшилось мышечное напряжение;
- в месте установки пиявок нормализовался кровоток;
- прошли отеки нижних конечностей;
- снизилось давление внутри сосудов.

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие *выводы*:

1. Гирудотерапия – древний метод альтернативной медицины, активно интегрированный в традиционный лечебно-реабилитационный процесс.
2. Гирудотерапия, основанная на попадании в организм человека гирудина, оказывает положительный эффект при лечении различных заболеваний за счет противовоспалительного, иммуномодулирующего, анальгетического, сосудорасширяющего, противоишемического эффектов.
3. Гирудотерапию можно применять как самостоятельный метод лечения, так и в комплексной терапии различных заболеваний.
4. Курс гирудотерапии следует проходить только после консультации с врачом!

А. М. Оганесян

Руководитель преподаватель Е. Д. Складова

БОДИМОДИФИКАЦИЯ: ОТ ИСТОКОВ К СОВРЕМЕННОСТИ

Человек во все времена был созидателем. Он украшал стены своих жилищ рисунками, которые потом перенес и на тело. В первобытном обществе с помощью татуировок, ритуальных шрамов и пирсинга вожди, шаманы и воины подчеркивали свою особенную миссию, божественное предназначение. Модификации тела не знали границ, кроме пределов человеческого воображения и болевого порога.

Сегодня украшение человеческого тела перешло в ранг искусства, позволяющее стать ярким, оригинальным, выделиться из толпы. Но, действительно ли эта дань моде так безвредна? Не причиняет ли она вреда нашему физическому и психическому здоровью?

С древних времен человек старался украсить тело проколами, которые символизировали принадлежность к определенной касте или социальному слою общества. История пирсинга насчитывает многие тысячелетия. Первыми стали вставлять украшения в уши и губы представители племени масаи. Используемые ими методы сегодня известны как тоннели, проколы губ.

Ученые считают, что размер украшений и количество проколов говорили о социальном статусе человека.

Замужнюю индийскую женщину можно было определить по наличию септум-пирсинга в носу. А история пирсинга языка идет от древних ацтеков и племен Северной Америки. Во время ритуалов шаманы выполняли прокол языка для изменения сознания и установления связи с богами.

Современное увлечение пирсингом началось на рубеже XX-XXI веков, когда проколы стали трендом у творческой элиты. И если раньше прокалывали, в основном, уши, брови, язык, пупок, губы и нос, то теперь появился брейн-пирсинг, когда в черепе человека просверливаются отверстия, в которые вставляются колечки. Данная процедура является крайне опасной для здоровья и даже жизни человека и считается самым опасным видом пирсинга.

Модно также делать подкожный пирсинг, когда часть сережки скрыта под кожей, а другая ее часть красуется на поверхности тела. Также сережку можно полностью скрыть под кожей, тогда она будет создавать на лице вид рогов или шишек.

Шрамирование, или скарификация, считается одним из экстремальных видов модификаций тела. В древнейших племенах шрамирование тела обладало ритуальным характером и служило в качестве знака отличия. В некоторых странах шрамирование использовали, чтобы идентифицировать преступников. В таких случаях использовали технику клеймения, при этом у каждого преступления был свой определенный символ. Отсюда следует, что достаточно длительное время шрамирование использовалось лишь в определенных кругах и не относилось к искусству украшения кожи тела.

В настоящее время претерпели изменение взгляды на множество вещей и явлений, в том числе и на украшение тела с помощью шрамирования. Чаще всего данный вид бодимодификации делают люди, имеющие шрамы естественного происхождения, чтобы каким-то образом их художественно завуалировать, получив красивый рубец в виде рисунка. Но кто-то специально

выполняет шрамирование, считая, что таким образом подчеркивает свою индивидуальность.

Татуировка – рисунок на кожном покрове человека, нанесенный путем введения красителей на небольшую глубину при помощи острых предметов. Изображение остается на теле до конца жизни.

Слово «татуировка» пришло с островов в Океании. Этот вид творчества был назван в честь стука, производимого латунными иглами на коже. Древняя история татуировок началась со случая: люди заметили, что если сажа или какое-нибудь красящее вещество попадает на свежий порез или ожог, то впоследствии на коже проявляются рисунки, не поддающиеся смыванию.

Татуирование можно отнести к одним из самых древних обрядов. Орнамент на теле древних людей выполнял несколько функций: охранную, социальную или магическую. Огромное значение имели цвет, вид рисунка и место его размещения. К примеру, у племени маори татуировки наносились лишь соплеменникам благородного происхождения. Некоторые племена в Америке наносили особые татуировки во время войн. Полинезийские аборигены предпочитали наносить изображения тотемных животных. В Японии татуировки были признаками гейш и самураев. Гейшам нельзя было демонстрировать обнаженное тело, поэтому их татуировки имитировали одежду. Чистыми оставались только участки кожи на лице, кистях рук и ступнях.

В отдельных случаях татуировка считалась наказанием, например, в Японии преступникам наносили на лоб иероглиф ИНУ – «собака», во времена первой мировой войны буквой D метили дезертиров, а в Германии нацисты выбивали номера жертвам концлагерей.

Считается, что в Средние века с помощью нанесения татуировок клеймили воров, убийц и прелюбодеев для того, чтобы окружающие могли знать, с каким человеком они имеют дело.

Делом чести считалось у людей, побывавших в местах лишения свободы, украсить своё тело многочисленными татуировками, которые могли

поведать и о местах отсидки, и о статье, и о характере и роде «профессиональной деятельности» преступника.

В XIX веке татуировка была привилегией моряков, горняков, литейщиков, использовавших её как символ братства, солидарности, верности традициям.

С течением времени изначальный смысл рисунков потерялся. Куда чаще наколки стали носить только в декоративных целях. Нанося татуировку, человек хочет подчеркнуть свою индивидуальность. Покрытие тела тату – это способ отражения внутреннего мира.

Случается, и такое, что рисунки наносятся на тело для избавления от чувства неполноценности и незащищённости, комплексов способом нанесения агрессивных тату.

В ходе проведения теоретического исследования было принято решение провести опрос школьников и студентов с целью выявления их отношения к данным видам бодимодификации. В опросе приняли участие 120 человек.

Ответы на вопрос «Как вы относитесь к модификации тела?» показали, что 26% респондентов нейтрально относятся к модификации тела, 47% – положительно, а 27% – отрицательно (рис. 1). Таким образом следует, что молодые люди проявляют повышенный интерес к различным способам бодимодификации.

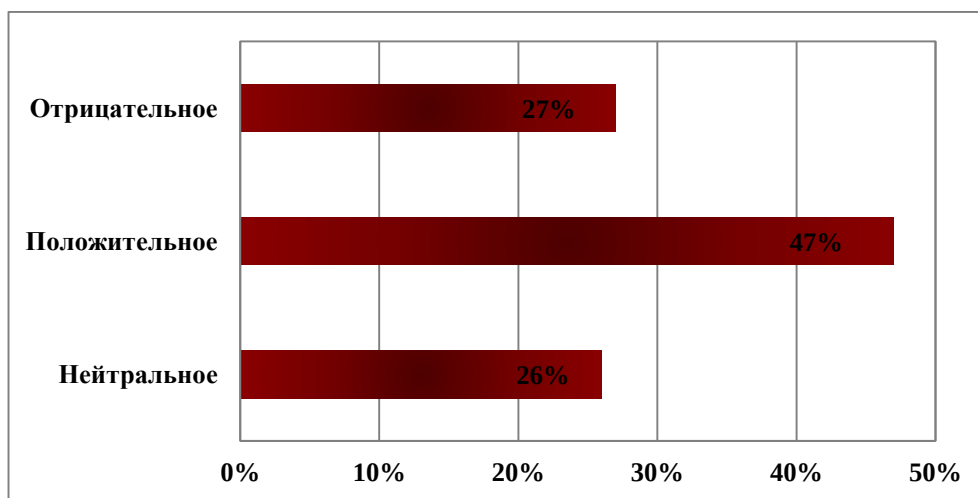


Рис. 1. Отношение респондентов к бодимодификации.

Анализ результатов ответов на вопрос «Хотели бы вы модифицировать свое тело?» показал, что 60% опрошенных склонны к бодимодификации, 25% – не желают изменений собственного тела, а 15% респондентов однозначно ответить не смогли (рис. 2).

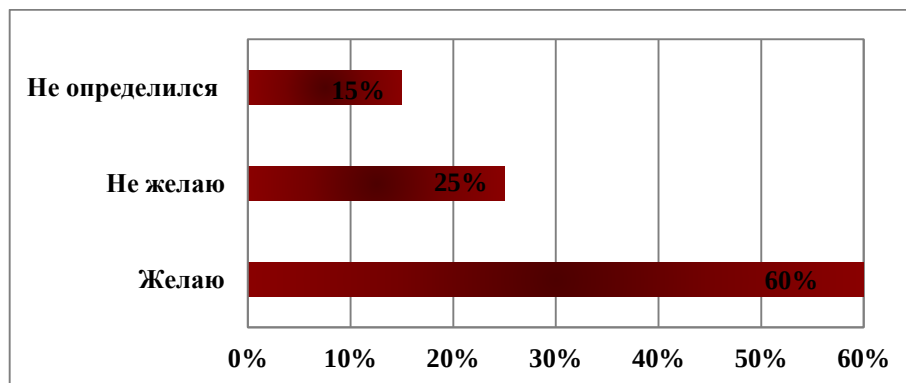


Рис. 2. Желание модифицировать собственное тело.

На вопрос «Знаете ли вы о риске для здоровья при бодимодификации?» 23% опрошенных ответили утвердительно, 66% отметили, что не знают о возможных рисках, а 11% только догадываются (рис. 3).

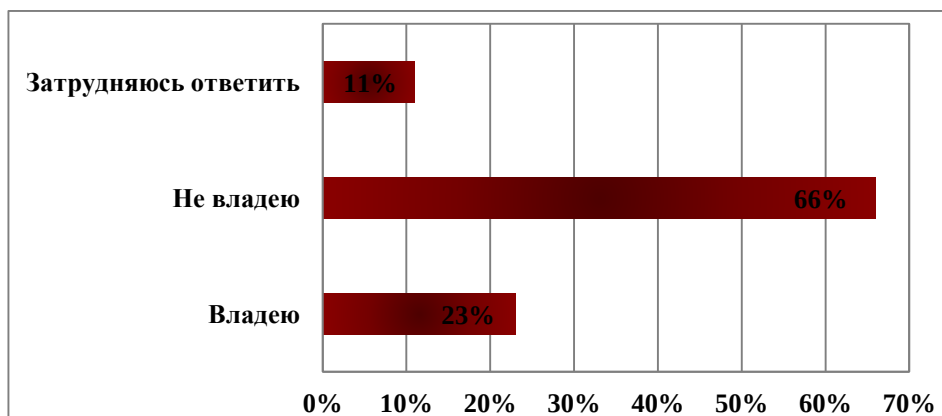


Рис. 3. Владение информацией о вреде здоровью при различных способах бодимодификации

Так с какими осложнениями может столкнуться человек, решившийся на процедуру бодимодификации? Прежде всего следует помнить, что все эти процедуры травмоопасны. Плохая стерилизация инструментов при осуществлении прокола может явиться причиной возникновения сепсиса, заражения ВИЧ, гепатитом, туберкулезом.

Очень часто наблюдаются такие явления, как:

- 1) Воспаление на коже – главная причина нарушения стерильности и правил гигиены и ухода после процедуры.

2) Аллергия – возникает на компоненты краски, причем это может быть даже спустя годы. И не обязательно причина в плохом качестве краски – скорее виновата персональная чувствительность к компонентам красителя.

3) Травмирование родинок – опасно ростом и перерождением невуса.

4) Нарушается терморегуляция и выделение пота из-за забитых краской пор. Ожог при МРТ или запрет на проведение исследования – случаи единичные, но возможные при использовании чернил с металлами в составе.

Украшение тела с помощью современных методов бодимодификации, безусловно, решение индивидуальное. Но надо понимать, что и ответственность за возможные последствия лежит только на том человеке, который хочет сделать себе тату или пирсинг. Не следует забывать и о значениях татуировок, которые в будущем могут сослужить нехорошую службу. В России исторически отношение к татуировкам иное. Тату у учителя, медицинского работника или полицейского, скорее, вызовет неприятие. Кроме того, во многих крупных компаниях на должности, требующие «работы лицом», не принимаются люди с видимыми татуировками или пирсингом.

Хочется еще раз обратить внимание на тот факт, что любые манипуляции со своим телом оставляют неизгладимый след не только на нем, но и в сознании человека. Так что же важнее – самовыражение или здоровье? Принимайте обдуманные решения и берегите свое здоровье!

ФГБ ПОУ

«КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» МЗ РФ

А.М. Абдулхамидов, С.Д. Хусанов

Руководитель преподаватель Е.А. Дёмина

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

В период проведения Специальной военной операции на территории Украины актуальной проблемой является вопрос применения новейшего медицинского оборудования и оснащения в период ведения боя и ограниченных социально-бытовых условиях. В этой связи, в первую очередь, хотим ознакомить Вас с тем, что представляет военно-полевой госпиталь и как

он функционирует. Для полного развертывания всех подразделений вне населенного пункта в летнее время необходимо 8-10 часов, зимой – 10 -12 часов.

Прием раненых может начаться уже спустя 3-4 часа от начала развертывания. ВПГ рассчитан на одновременное нахождение на койках 250 человек и представлен двумя хирургическими отделениями на 60 коек, травматологическим на 60 коек, ОАиР на 30, терапевтическим на 50, психоневрологическим на 20, инфекционным на 20 коек. В составе ВПГ так же находятся стоматологическое, диагностическое, патологоанатомическое отделения и отделение заготовки крови. Обеспечивают работу госпиталя 35 врачей различных специальностей, 10 фельдшеров, 65 медицинских сестер, 45 санитаров. Специализированные ВПГ (хирургические, инфекционные и др.) развертываются по необходимости, вместимость их составляет около 200 коек.

В работе отделений хирургического профиля ВПГ в настоящее время используются новейшие средства для остановки кровотечения, иммобилизации, ПХО и заживления различного вида ран. Так, например, широко используются гемостатические средства группы «Гемофлекс». Они представлены средствами в форме порошков, гелей, салфеток, бинтов. У Вас есть возможность ознакомиться с обучающим видео по применению салфеток «Гемофлекс».

По статистике, минно-взрывные ранения, сопровождающиеся значительной кровопотерей, зачастую не оставляют возможности сосудистого доступа для введения кровезаменителей, компонентов и препаратов крови. Именно поэтому единственным способом введения препаратов становится внутрикостный метод. Достигается он путем использования специальных устройств. Диаметр иглы – 1,28 мм (G18), длина иглы – 10 мм (для детей до 3-х лет), цвет ручки – желтый. Диаметр иглы – 1,4 мм (G17), длина иглы – 15 мм (для детей до 12-ти лет), цвет ручки – красный. Диаметр иглы – 1,8 мм (G15), длина иглы – 26 мм (для взрослых), цвет ручки – синий.

Противопоказания к применению:

- перелом кости в месте предполагаемой внутрикостной пункции;
- признаки инфекции в месте предполагаемой установки устройства;
- невозможность определить анатомические ориентиры при

избыточном подкожном жировом слое или деформации конечности в месте пункции из-за предшествующих травм /ортопедических вмешательств/ – инфекция в месте установки.

На экране представлено устройство для внутрикостного доступа с установкой гибкого катетера для введения лекарственных средств, которое может быть использовано при травматических ампутациях конечностей, поскольку вводится в глубину.

Российские учёные создали портативный аппарат для обработки открытых ранений в полевых условиях. «Тканевой пистолет» выстреливает струёй из смеси биополимерного клея, антибиотиков и анестетиков, которая застывает на поверхности кожи и скрепляет края раны. У устройства низкая себестоимость, его детали можно печатать на 3D-принтере прямо в мобильном госпитале в условиях ЧС или боевых действий. Также аппарат обладает высокой автономностью и удобными габаритами. «Тканевой пистолет» позволяет сшивать раны лёгкой и средней тяжести. При сшивке биоактивный материал создаёт плёнку на ране, предотвращая попадание туда бактериальной инфекции, и благоприятные условия для ускоренного заживления. Для профилактики бактериального заражения и обезболивания также можно использовать материалы с добавлением лекарственных средств — антибиотиков, анестетиков. При нажатии на курок ультразвуковая система одновременно собирает все компоненты в области печати, тем самым формируя полимерный сшитый биоматериал. В устройстве используются шприцы объёмом до 22 мл. Устройство является полностью автономным и питается от встроенных аккумуляторных батарей, которые могут быть заряжены через USB-порт.

Еще одним средством, позволяющим ускорить заживления ран, не прибегая к их сшиванию является медицинский пластырь – стягиватель.

Хорошие отзывы получило использование повязок и покрытий с применением новых антисептических мазей и растворов. Например, раствор, мазь и салфетки антисептические, стерильные «Эплан», «ПараПран» — инновационное медицинское изделие для наружного применения. Препарат незаменим для оказания первой медицинской помощи, санации, обработки и лечения ран различной локализации и происхождения, ожогов I — III степеней (термических, химических, солнечных), гнойно-воспалительных заболеваний кожи, ушибов и других травм. На слайдах Вы видите результаты после применения указанных средств.

Наравне с привычным нам перевязочным материалом, в военно-полевой хирургии широко используются модернизированные перевязочные и кровоостанавливающие средства. На слайдах представлены бинты, индивидуальные перевязочные пакеты и жгуты-турникеты, облегчающие оказание само- и взаимопомощи при ранениях. Данные средства были представлены на I Специализированной выставке «Военно – полевая хирургия», которая прошла с 21 по 22 апреля 2023 года на территории ВДНХ. II Специализированная выставка «Военно–полевая хирургия» состоится в период с 17 по 19 октября 2023 года. Это говорит о том, что развитию возможностей военно-полевой хирургии уделяется большое значение, особенной в нынешней непростой ситуации.

А.Г. Каспарьян, Т.В. Зайцева

Руководитель преподаватель Т.Н. Жилиева

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТА

Люди совершают ошибки во всех сферах деятельности. Ошибки можно предотвратить, создав условия, в которых людям трудно совершать неправильные действия, и они просто вынуждены действовать правильно.

Великий древнегреческий врач Гиппократ утверждал: «Искусство медицины включает три вещи: врача, болезнь и больного». За тысячи лет, прошедших со времен Гиппократа, к 3 названным им составляющим добавилось 4-е – медсестра. Мы часто упоминаем о врачебных ошибках, но практически нет такого понятия, как «медсестринская ошибка». Однако об этом пора говорить, поскольку новое поколение медсестер совершает те же ошибки, что и их предшественники. А все потому, что многие медицинские работники боятся говорить о своих ошибках, что приводит к невозможности обобщить данные для анализа. На сегодняшний момент уже ни у кого не вызывает сомнения, что медицинские ошибки продолжают происходить ежедневно и число их недопустимо велико.

Такие ошибки могут совершаться на разных этапах осуществления лекарственной помощи, например, при назначении лекарства; при вводе информации в компьютерную систему; при раскладывании таблеток, или когда препарат вводится или принимается пациентом. Проанализируем ошибки при инъекционном способе введения.

В прошлом исследовании мы анонимно проанкетировали 15 медсестер и выясняли, совершали ли они в течение года ошибки, и если да, то какие. В этом году мы решили спросить старших медсестер отделений, какие оплошности совершались их подчиненными при проведении инъекционных манипуляций.

При анализе ответов выяснилось, что многие медсестры при проведении инъекций допускали ошибки, которые могли вызвать ряд опасных осложнений и привести к летальному исходу.

Какие же ошибки совершаются чаще всего?

В основе большинства ошибок лекарственной терапии лежат следующие факторы:

1. Трудности узнавания лекарственного препарата, когда используются похожие упаковки лекарственных средств, но с разной концентрацией глюкоза 5% глюкоза 10%

2. Трудности узнавания лекарственного препарата, когда используются близкие по звучанию названия лекарственных средств (калия хлорид - кальция хлорид), лекарственные препараты в похожих упаковках необходимо хранить на разных полках.

3. Название препарата, например, удалено при тщательной обработке флакона антисептиком.

4. Описание препарата может встречаться на иностранном языке - поэтому нет доступной информации о лекарстве.

5. Набор медсестрой в лоток шприцов с инъекционными растворами для разных пациентов одновременно.

Рассмотрим примеры некоторых осложнений, о которых нам сообщили старшие медсестры отделений.

1. Осложнения, связанные с нарушением правил асептики.

Частое осложнение - инфильтрат, который возникает у пациента на месте инъекции, связано с нарушениями медсестрами правил асептики при проведении инъекции. Источником инфекции иногда служат нестерильные руки медицинского персонала. Это осложнение случается в 14% случаев.

2. Осложнения, связанные с нарушением техники выполнения:

Воздушная эмболия – это попадание пузырьков воздуха в вену, которое чаще всего заканчивается смертью пациента, в нашем исследовании подобные просчеты ни разу не прозвучали.

Медикаментозная эмболия - случайное попадание конца иглы в просвет сосуда и введение масляного раствора внутривенно, она также отсутствовала в перечне зарегистрированных ошибок.

Гематома - это скопление крови в тканях, содержит свернувшуюся кровь. Возникает у пациента на месте инъекции, когда прокалываются обе стенки вены. Это осложнение отмечено в 25 % случаев и объясняется чаще всего плохой свертываемостью крови, или неаккуратной техникой выполнения инъекции.

3. Осложнения, связанные с неправильным выбором места инъекций:

Липодистрофия - введение инсулина в одни и те же анатомические области. Данное осложнение зафиксировано не было.

Повреждение нервных стволов может возникнуть в результате механического повреждения нерва иглой при неправильном выборе места инъекции. Данное осложнение присутствовало в 5% случаев

4. Аллергические реакции:

Это особый вид осложнения, который возникает из-за индивидуальной непереносимости организма пациента к препарату. И особенно опасным оно становится при инъекционном введении лекарства.

Пример: Пациентке назначен пенициллин. На третий день после инъекции она почувствовала себя плохо. Медсестра предложила ей посидеть, а когда ей стало лучше, отпустила ее. Однако сделать запись об осложнении в журнал и сообщить врачу о реакции она забыла. Вечером, когда больной была сделана шестая по счету инъекция, у нее развился анафилактический шок. Считается, что смерть от анафилактического шока предвидеть нельзя. Это - несчастный случай, и здесь нет виноватых. Однако, в данном случае вина медсестры не вызывает сомнения. Это тот редкий случай, когда анафилактический шок можно было предвидеть.

К сожалению, ошибки, связанные с введением препарата, о непереносимости которого известно, встречаются нередко, и в нашем случае она составила 3%, однако, летального исхода удалось избежать благодаря экстренному реагированию. Это говорит о том, что действующая система предупреждения персонала о лекарственной аллергии почему то не работает .

5. Осложнения, связанные с неправильным выбором способа и скорости введения:

Пример: пациентка находилась в дневном стационаре центра, ей назначили инъекции глюконата кальция. Медсестра быстро сделала инъекцию. Сразу после инъекции пациентка резко поднялась со стула и тут

же, потеряв сознание, упала на пол. Некоторое время спустя она почувствовала головокружение, тошноту и головную боль и обратилась в травмпункт, где диагностировали сотрясение мозга. Прокуратура провела расследование. Было установлено, что медсестра не предупредила пациентку о действии препарата и его возможных осложнениях, что препарат был введен быстро - всего за 1 минуту. Действие препарата схоже с «горячим уколом»: при этом понижается давление и может произойти обморок. Безусловно, виновником травмы в этом случае является медработник, который не предусмотрел возможности падения и не принял мер по его предупреждению. В нашем исследовании подобные ошибки встречаются в 9 % случаев.

6. Осложнения, связанные с большим объемом вводимого препарата:

Для взрослого человека максимальный объем препарата для внутримышечного введения не должен превышать 10 мл, но медперсонал нередко пренебрегает этим правилом, особенно часто это происходит при разведении антибиотика растворителем. Данная ошибка была допущена в стационаре в 13% случаев.

7. Ошибки при разведении препаратов:

По правилам, разводить препараты можно только теми растворителями и в том объеме, которые прописаны в инструкциях. Но медсестры часто нарушают это требование. Медсестра, например, может растворить антибиотик не физраствором, а новокаином или лидокаином, развести препарат в большем объеме, или, например, заранее набрать лекарство в шприц, но сделать инъекцию позже. Это нарушение встречается достаточно часто в 17% случаев, но, по мнению медсестер, не является серьезным.

8. Смешивают несколько препаратов в одном шприце:

Многие медработники до сих пор смешивают разные препараты в одном шприце. Например, дибазол с папаверином или димедрол с но-шпой и анальгином. В целях «экономии» могут смешать одинаковые препараты из флаконов разных партий, не учитывая, что там могут быть разные наполнители и концентрации. Очень часто при этом наблюдается химическая,

фармакологическая несовместимость лекарств в одном шприце. Встречается она, правда редко – в 1-2% случаев.

И в заключении, «о человеческом факторе». Да, медсестра устает из-за интенсивного темпа работы, отвлекается от манипуляций на врачей и пациентов, да, у нее могут быть личные проблемы и плохое самочувствие. Однако, осознание того, что от твоих действий зависит чья-то жизнь и здоровье, не дает медсестре права проявлять рассеянность и беспечность. И только одно убеждение должно присутствовать в работе постоянно: «Не навреди». По результатам наших исследований мы создали информационный материал в виде презентации с той целью, чтобы наши студенты учились бы на ошибках других, не допуская собственных в своей профессиональной деятельности.

И.А. Кедич

Руководитель преподаватель Г.А. Сотниченко

МАССАЖ И ЛФК ПРИ ВОЗРАСТНЫХ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ

Массаж способствует укреплению организма, улучшает работу сердечнососудистой, центральной и периферической нервной системы, дыхательной системы, нормализует обмен веществ и функции вестибулярного аппарата, снижает давление, приспособливает организм к разным физическим нагрузкам, повышает остроту зрения.

При возрастных нарушениях массаж дает хороший лечебный эффект в начальных стадиях заболевания: уменьшаются или прекращаются неприятные ощущения зрительных анализаторов, тяжесть в голове, головные боли, головокружения, шум в ушах, улучшается сон, повышается работоспособность, нормализуется внутричерепное и глазное давление.

Массажное воздействие производится с учётом индивидуальных особенностей пациента, нарушений, возраста, пола, сопутствующих заболеваний. Основной целью его применения является нормализация работы ЦНС и периферической, нормализация кровообращения и питания глаз.

Сочетание массажа с физическими упражнениями создает условия для стойкого восстановления зрения.

Цель массажа: нормализация основных корковых процессов, улучшение периферического и мозгового кровообращения, а также сердечно-сосудистой системы, ликвидация отеков и застойных явлений, нормализация зрения, предотвращение снижения остроты зрения.

Близорукость (или миопия) представляет собой патологию зрительной системы, при которой частично утрачивается способность чётко видеть и различать предметы, расположенные на удалённом расстоянии. Близорукость может быть, как врождённой, которая проявляется в раннем возрасте и связана с наследственными факторами, так и приобретённой в течение жизни под влиянием неблагоприятных внешних факторов.

Дальнозоркость (или гиперметропия) представляет собой патологию зрительной системы, при которой частично утрачивается способность чётко видеть близко расположенные предметы. Дальнозоркость может быть врождённой, приобретённой и возрастной. В первом случае заболевание проявляется уже в раннем детстве, поскольку связано с наследственными факторами. Что касается возрастной дальнозоркости, то она при нормальных условиях проявляет себя только после 40 лет по причине естественных изменений тканей. В свою очередь, приобретённая дальнозоркость появляется с возрастом в результате травм или операций, а также работы, связанной с постоянным напряжением глаз.

Основной причиной возникновения возрастных нарушений зрения является наследственность, однако её могут вызывать и другие внешние неблагоприятные факторы:

- длительная нагрузка на глаза, их перенапряжение;
- чтение книг во время движения, при плохом освещении или в лежащем положении;
- длительное нахождение за гаджетами;
- пренебрежение ежегодным профилактическим осмотром у окулиста;

- неправильная организация рабочего времени;
- возрастное ослабление глазных мышц;
- несбалансированное питание;
- неправильная посадка во время письма.

На основе изучения материала по консервативному лечению возрастных нарушений зрения, работа кружка была направлена на применение и сочетание различных видов массажа и лечебной физической культуры. Методика занятий ЛФК определяется задачами:

- а) общее укрепление организма;
- б) активизация функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем
- в) укрепление мышечно-связочного аппарата;
- г) улучшение кровоснабжения тканей глаза;
- д) укрепление мышечной системы глаза, прежде всего цилиарной мышцы;
- е) укрепление склеры.

Большое внимание уделяется общеразвивающим корригирующим, дыхательным упражнениям, а также упражнениям для укрепления мышц шеи и спины. Включают их в комплекс упражнений с целью улучшения функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также укрепления мышечного корсета, ослабленных неправильной позой при зрительной работе (резко наклоненная голова, сутулая спина).

Что касается сочетания различных видов массажа при данной патологии, мы решили применить классический и соединительнотканый массаж. Эти виды массажа наиболее эффективны в улучшении кровообращения всего организма и нормализации работы вегетативной нервной системы.

После отработки методики комплексного воздействия массажа на членах исследовательской группы и подбора полного объема массируемых областей, количества массажных процедур, было решено перейти к проработке методики на пациентах с патологией возрастных нарушений

зрения. В сотрудничестве с Кисловодской городской больницей, была создана испытуемая группа из 43 человек. Наша работа проходила, две недели массажные процедуры и раз в неделю демонстрировался комплекс физических упражнений для домашнего выполнения пациентами. По окончании курса лечения у всех пациентов без исключения, был зафиксирован выраженный лечебный эффект. Он проявлялся в улучшении остроты зрения, нормализации артериального давления, ликвидации головных болей которые проявлялись до этого. Всего курс массажа составил 12 процедур соединительнотканного массажа и 12 процедур классического массажа. Лечебную гимнастику пациентам было рекомендовано выполнять постоянно.

На основании вышеизложенного можно рекомендовать данную методику для реабилитации пациентов с возрастными нарушениями зрения в профильных учреждениях, и изучение метода в учебном процессе подготовки и повышения квалификации массажистов.

А.Ю. Колбина, В.В. Арзуманян

Руководитель преподаватель О.И. Рулла

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА МАНДАЛА-ТЕРАПИИ, КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ И ШКОЛЬНИКОВ

В настоящее время сохраняет свою актуальность проблема эмоциональных нагрузок в процессе обучения студентов и школьников, что зачастую выступает причиной возникновения хронических стрессовых состояний у них, и как следствие, психосоматических расстройств и даже заболеваний.

В то же время известно, что студенческие группы и школьные классы – это закрытые группы, преимущественно однородного гендерного состава, в работе с которыми необходимо использовать продуманный подход и тщательно подобранные методы.

Предлагаемая исследовательская работа ориентирована на оказание психологической помощи и поддержки студентов и школьников во время учебного процесса, при котором они испытывают психоэмоциональные перегрузки, а также и в повседневной жизни. Теоретический и практический материал данной работы помогут преподавателям не только познакомиться с приемами восстановления психоэмоционального состояния учащихся, но и освоить нестандартный подход к решению таких проблем.

В настоящее время условия жизни современного человека часто называют экстремальными и способствующими развитию стресса. Это приводит к общему снижению безопасности человека. Во времена экономических и других кризисов жизнеспособность или устойчивость отдельного человека становится важной.

Стресс снижает эффективность и качество исполнения обязанностей лицами, занимающимися профессиональной или образовательной деятельностью. Таким образом, переход от средней школы к старшей, а также прием молодежи в учебное заведение и дальнейшее обучение в высшем учебном заведении способствуют созданию напряженной ситуации.

Учебный процесс, как в школе, так и в колледже предполагает высокий уровень стрессовых нагрузок, связанных с увеличением степени стресса у школьников и студентов. Длительное пребывание человека в состоянии стресса приводит к истощению нервной системы, что ведет за собой негативные последствия: разлад в работе органов и систем, обострение хронических заболеваний, нежелание учиться и общаться со сверстником.

Происходит смена образа жизни, системы обучения, формы контроля. Выпускникам школ необходимо в короткие сроки адаптироваться к новым условиям. Благополучие ученических адаптаций можно определить по качеству первой сессии.

На первом году обучения существенной причиной стресса могут стать кардинальные перемены в жизни студента. Данный этап сузовского периода отличается большими трудностями, так как студент входит в новый тип

взаимоотношений, приобретает новый статус и ему необходимо адаптироваться к новой среде, новым порядкам и незнакомым людям. Зачеты и экзамены могут послужить факторами, оказывающими влияние на настроение, самочувствие, психику и психоэмоциональное состояние студентов. Снижение аппетита, тревожные мысли, дрожь в конечностях, учащенный пульс, бессонные ночи - характерные проявления стресса перед зачетами и экзаменами. Такой результат связан с подготовкой к экзаменам.

Под экзаменационным стрессом рассматривается состояние психического напряжения, возникающее у студентов в процессе учебной деятельности, непосредственно перед экзаменом, т.е. когда учащиеся находятся в наиболее сложных, трудных условиях и обстоятельствах.

Стресс, испытываемый студентами и школьниками, влияет на успехи в учебе, поведение, устойчивость и т.д. Поэтому проблема заключается в том, что учащиеся испытывают заметный эффект стресса, который угрожает их психологическому здоровью, жизненной силе, стрессоустойчивости, способствует демотивации обучения, снижает уровень самореализации и академических результатов в учебной деятельности. Школьники, в свою очередь, имеют более узкий спектр стрессоров, они по-прежнему не осознают ответственности, поскольку школьники не так озабочены успеваемостью, не думают о повседневных проблемах, живя с родителями.

В современных исследованиях стресс понимается следующим образом: это любой стимул достаточной силы, как отрицательный, так и положительный, вызывающий психическое напряжение и нервное возбуждение.

Стресс – это неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. Именно такое определение дал открытому им явлению доктор медицины и химии Ганс Селье. «Стрессонеустойчивых» индивидов характеризует, прежде всего, наибольшая «ригидность» по отношению к стрессорам. Это объясняется отсутствием гибкости в

установках, понятиях; лёгкости в адаптации поведения в соответствии с условиями. При воздействии неблагоприятных факторов они обнаруживают крайне завышенную эмоциональность, возбудимость, значительную неуравновешенность. Им не свойственно быстрое принятие адекватных и конструктивных решений в условии воздействия стрессора. «Стрессотренируемые» индивиды способны в большей мере адаптироваться к изменяющимся условиям. Однако для такой адаптации характерна замедленность и постепенность.

В случае же скорых и глобальных перемен такие индивиды проявляют склонность к развитию депрессии и повышенной агрессивности.

В нашем исследовании приняли участие студенты нашего колледжа, школьники и воспитанники детского дома во время учебного процесса. Исследование проходило на базе ФГБ ПОУ «Кисловодского медицинского колледжа» Минздрава России».

В ходе исследования мы посетили «ДЕТСКИЙ ДОМ N 31» г. Кисловодска и общеобразовательное учреждение «Многопрофильный лицей КГТИ. Студентов и школьников мы протестировали на степень стрессоустойчивости (тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона). В тестировании приняли участие студенты 1и 4 курса, ученики 7 «А» класса и воспитанники детского дома, от 11до 15 лет. В ходе тестирования было выявлено, что из 120 человек, что 80% результат составляет 0 до 5 баллов, с хорошим уровнем стрессоустойчивости. У остальных 20% результат составил 15-18 баллов, что является высоким уровнем стресса.

Способов борьбы от стрессов очень мало и все зависит от того, каково состояние человека и на какой стадии стресса он находится. Сегодня актуальной терапией стресса является искусство. Сегодня арт терапия зачастую заменяет больничное лечение, тем самым убирает с человека клеймо пациента. Она помогает бороться с большим спектром проблем, среди

учащихся, например, с аддикциями, с эмоциональными кризисами, с пагубным влиянием стресса на организм. В ходе нашего исследования, мы познакомились с одним из методов направления арт-терапии, с помощью которого можно противостоять воздействию стресса на организм. Этот метод поможет не только поднять настроение, почувствовать себя комфортно, но и создать условия для более взвешенного, обдуманного поведения, не нанося ущерб интересам другого человека. Этот метод – мандала терапия.

Мáндала (санскр. मण्डल, «круг», «диск») - сакральный символ, используемый при медитациях в буддизме, ритуальный предмет.

Существует множество значений и толкований слова, представленных в древнеиндийской литературе:

- на санскрите «мандала» означала Диск, Колесо, Орбиту, Сферу, Кольцо, Область, Страну, Совокупность, Общество, Шар...

- в Китае «мандалой» называли блюдо для ритуальных нужд, на котором изображалась сакральная диаграмма как символическое изображение Вселенной.

- в эзотерике «мандалой» считается изображение, означающее мир, измерение, в котором присутствуют пути в мир спасения.

Мандалы могут быть как произведениями искусства, так и формами, созданными самой природой. Рисунки в окружностях были обнаружены еще в древних цивилизациях и присутствуют в современном мире. Округлая форма мандал всегда сопровождала человека, например, форма круга — главная черта многих священных центров и доисторических мест поклонения и культа богов. Мандалы находили в жилищах или хижинах, в пещерах и в мегалитических сооружениях, самый известный пример — Стоунхендж.

Мандала издревле имеет духовный смысл символического отражения мира и психической гармонии. Люди интуитивно научились успокаивать свой ум и душу с помощью изображений в круге, используя их как способ снова сблизиться с природой.

Размер мандалы может быть любым – от небольшой картинки в несколько сантиметров до архитектурного сооружения.

Первым, кто стал использовать мандалы в психологии, был Карл Густав Юнг. Аниэла Яффе, коллега Юнга говорила: «Где бы не появился символ круга: в примитивном культе солнца или в современной религии, в мифах или снах, в мандалах, нарисованных тибетскими монахами, в градостроительных планах городов или в сферических построениях древних астрономов, — он всегда указывает на единственный наиболее существенный аспект жизни — ее абсолютную завершенность».

Как считают психологи, все беспокойства и душевные трудности происходят из-за нехватки единства или из-за потери собственного центра. Творческая работа с мандалами из-за их концентрической структуры привносит нужную энергию для восстановления спокойствия, чтобы мы чувствовали себя такими же «круглыми» и цельными, как мандала.

По сути силы мандалы являются нашими собственными силами, которые раскрываются в процессе медитации. Поработав с моделью, мы бессознательно уравниваем наш внутренний мир, находим баланс внутренних и внешних сил и, кроме того, развиваемся.

Что же дает работа с мандалой?

Умственное и телесное расслабление. С помощью рассматривания или создания мандалы вы можете познать самого себя и мир вокруг вас.

Сочетание работы с мандалой и медитации дают большую концентрацию, внутренние процессы более направлены, ориентированы на цель медитации (это может быть и расслабление, и визуализация, и работа с иными задачами).

Когда можно использовать мандалы:

невозможность сосредоточиться на чем-то

слишком частые ошибки в работе

ухудшение памяти и запоминания

слишком часто возникает чувство усталости

мысли часто улетучиваются

довольно часто появляются боли (голова, спина, область желудка)

повышенная возбудимость

учеба становится не интересна

потеря чувства юмора

постоянное ощущение недоедания

пропадает аппетит, потерян вкус к еде

невозможность вовремя закончить работу. Таким образом, мандалы можно использовать для снижения уровня стресса и психоэмоционального напряжения. Если невозможно изменить ситуацию, вызвавшую стресс, можно изменить ее значимость и отношение к этой ситуации.

Мы попробовали использовать мандалы для решения наших задач.

Всем учащимся мы предлагали пройти сеанс рисования мандалы и после провели еще раз анкетирование на выявление стресса. У 12% стресс значительно уменьшился, у 1% рисование стресс так и остался, а 7% сказали что будут практиковать избавление от стресса при помощи мандалы и дома.

Арт-терапия была проведена нашей командой в медицинском колледже среди студентов, а также среди воспитанников детского дома и школьников, спустя время мы провели опрос об ощущениях и эмоциях после рисования мандалы. Многие отметили, что эмоциональный фон стал лучше, получили мотивацию на обучение, кто-то по-другому посмотрел на имеющиеся проблемы и стал легче общаться со сверстниками.

П.Г. Лещенко

Руководитель преподаватель Н.В. Николаева

РЕСУРСЫ ОСОЗНАННОСТИ ИЛИ ГДЕ НАЙТИ ФУНДАМЕНТ И ОПОРУ ДЛЯ ГАРМОНИЧНОЙ ЖИЗНИ

Какие вы испытываете чувства в этот непростой период современности?

Часто ли попадаете в обстановку напряженности или беспокойства за будущее – дома, в обществе, на работе?

Вы замечали, как из-за негативной атмосферы вокруг портится ваше здоровье, финансы, отношения, настроение, уходит вдохновение для развития и радость жизни.

Решение есть!

Важно находится в атмосфере, которая будет наполнять вас самыми позитивными энергиями и знаниями, помогать пережить кризис и ощутить гармонию во всех сферах жизни.

Поэтому в 2022-2023 учебном году направлением для исследования по психологии была выдвинута тема «Ресурсы осознанности или, где найти фундамент и опору для гармоничной жизни». Тема очень актуальная на сегодняшний день. Мы поддержали предложенную тему с большим энтузиазмом. При этом было принято решение поменять концепцию самой работы. В этом году исследование методом анкетирования не проводилось. Каждое заседание было посвящено отдельному направлению психологической работы.

Каждое заседание – это мастер-класс по достижению состояния внутреннего равновесия. Все люди очень индивидуальны и разноплановы, у каждого свои способы снятия напряжения, борьбы со стрессом, достижения гармонии. Некоторые не совсем понимают, что такое гармония, баланс, равновесие. Некоторые даже не задумываются об этом, к сожалению.

На наших занятиях мы попробовали разные способы поиска внутренних ресурсов для достижения гармонии. Важно не только попробовать, а найти и осознать свой собственный способ, подходящий именно тебе.

Природа как созвучие с душой. Прогулка по Кисловодскому парку сама по себе уже является лечебным методом. Чистейший воздух, солнце, красивейшие пейзажи, деревья и горы – все это наполняет душу и тело силой и энергией, а усталость в конце пути только приятная. Наша прогулка была по определенному маршруту, с остановками и привалами, разминкой на спортивной площадке. Единение друг с другом и с природой дало

замечательный положительный результат. Мы придумали нам название – «Женский клуб Психологини». Природа – это колоссальный ресурс! Цель по достижению гармонии в этот день была достигнута.

Артмастерская – искусство лечит душу. Рисуем гармонию. Провели телесно-рисуночную терапию. Очень интересная методика. От рисования и полученных результатов получили удовольствие и интересные интерпретации. Арттерапия действительно работает. Цель достигнута.

Танцевально-двигательная терапия. ТДТ – это бережный метод разрешения внутренних конфликтов и возвращения уравновешенного, спокойного состояния психики. ТДТ помогает встрече со своим телом, снятию эмоционального и физического напряжения – расширению коммуникативных границ, осознанию своего тела. Жизнь – это танец. Я танцую, значит, я живу. Актуальное современное направление в психологии. Занятие вызвало у нас восторг и смешанные чувства. Через движения тела раскрываются многие зажимы и комплексы. Зачастую люди многое не могут рассказать, а вот тело все показывает. Через танец, через движение можно проработать многие вопросы, открыть в себе новое, неизвестное, посмотреть на себя со стороны, осознать себя. Правильно подобранная музыка для упражнений также имеет важное значение. Танец однозначно является ресурсом для достижения внутреннего равновесия, даже если ты раньше никогда не танцевал.

Были применены различные упражнения, направленные на осознание себя и своего «я», на взаимодействие, на интеграцию правого и левого полушарий. После каждого упражнения мы обсуждали: что я чувствую на эмоциональном уровне, что я ощущаю на физическом уровне, какие мысли или образы меня посетили. Цель занятия достигнута: снизилось психоэмоциональное напряжение, стеснительность и зажимы.

Один из важных ресурсов осознанности – душевное общение с близкими и приятными тебе людьми. Мы прекрасно провели время в теплой обстановке, пили вкусный горячий чай, а шоколадный торт был просто объедение! Поделились впечатлениями о проведенных новогодних

праздниках, которые все празднуют в семьях. Тема семьи очень важная и трогательная для нас, поэтому мы затронули и взаимоотношения с родителями, и с братьями и сестрами, и с бабушками и дедушками. Время пролетело незаметно. Цель достигнута: все получили приятные теплые ощущения и эмоции.

В феврале очередное заседание кружка было проведено в формате онлайн. Обсудили транзактный анализ эго-состояний Эрика Берна «Родитель – Взрослый – Ребенок». Провели самоисследование методом тестирования.

В продолжение темы проективная методика «Мой внутренний ребенок». Также актуальное на сегодняшний день направление психологической практики. Важно «долюбить», «добаюкать» своего внутреннего ребенка. И хотя мы еще очень молоды, и детский возраст еще не забыт, однако мы выявили и приоткрыли некоторые детские воспоминания и обиды. Нарисовали своих внутренних девочек и подарили им то, что им не хватало в детстве. А подарок – это не всегда что-то материальное, какая-то вещь или игрушка, это может быть папа, которого не хватало в детстве, объятия, крепкая рука старшего брата.

Ассоциативный тест Карла Юнга дает возможность проработать любую интересующую тему, любой вопрос. Из 16-ти ассоциаций в конце концов выявляется одно, самое важное, суть вопроса, направление.

Практическая психология развивается и находит свое применение в различных направлениях. Занимаясь в кружке, мы познакомились с некоторыми из них. Найти опору, фундамент для гармоничной жизни бывает нелегко, но, когда тебе известны механизмы, и есть мастера своего дела, которые готовы направлять и сопровождать тебя на этом, порой сложном пути, идти по жизни становится гораздо легче. Поэтому учебно-исследовательская работа по направлению психология необходима не только для более углубленного изучения дисциплины, но и как важный элемент образованности современного человека в сфере психологических знаний.

Моя теоретическая часть выступления окончена. Мы хотим предложить вам упражнение из комплекса гимнастики мозга.

Гимнастика мозга – это метод, при котором развивающая работа должна быть направлена от движения к мышлению, а не наоборот. Гимнастика для мозга призвана синхронизировать работу правого и левого полушарий головного мозга. Основные различия в работе полушарий головного мозга человека в том, что правое и левое полушария мозга разделяют между собой обязанности: левое полушарие решает логические задачи, а правое – творческие.

Упражнение «Крюки». Цель: постепенно успокоиться, снять стресс и напряжение, подумать о проблеме без лишнего напряжения.

Для выполнения упражнения «Крюки» вначале скрестите лодыжки, просто поставив одну ногу впереди другой, как вам это удобно. Затем вытяните руки вперед, тыльными сторонами ладоней друг к другу и большими пальцами вниз. Теперь перенесите одну руку через другую, соедините ладони и возьмите пальцы в замок. Затем опустите руки вниз и выверните их внутрь на уровне груди так, чтобы локти были направлены вниз. Это сложное перекрестное движение оказывает на мозг интегрирующий эффект.

Прижмите язык к твердому небу за верхними зубами. Это действие возбуждает средний мозг, который находится прямо над твердым небом, а также помогает избавиться от напряжения в языке вызванного несбалансированной позой. В перекрестном положении рук и ног происходит мощная интеграция полушарий головного мозга.

Под спокойную музыку сидим в этой позе три минуты.

А.И. Мавлимбердиева

Руководитель преподаватель О.В. Блохина

МОЯ БУДУЩАЯ ПРОФЕССИЯ – МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

Медицинская сестра - это одна из самых уважаемых и нужных людям профессия, которая требует самоотверженности, бесконечной доброты и сострадания. Медицинская сестра, из всех работников здравоохранения, по

своей сути, самый близкий человек, имеющий непосредственное отношение к больному. Она помогает ему справиться с недугом, обрести надежду и силы, вернуться в обычную жизнь. Медицинская сестра должна стремиться быть профессионально грамотным, компетентным, независимым специалистом, обладающим необходимыми для данной работы личностными характеристиками.

По данным статистики на плечи медсестер ложится около 80 % всего ухода за больными. На сегодняшний день в России работает более 800 тыс. медицинских сестер.

Цель работы: изучение профессии медсестры и самоопределение в профессиональном будущем.

История служения больным и раненым исходит к ранним векам христианства. Считается, что сестринское дело в России началось в 1803 году в эпоху Петра 1. В это время была создана служба «сердобольных вдов» при воспитательных домах Петербурга и Москвы.

В 1844 году в Санкт - Петербурге была основана первая в России Свято - Троицкая община сестёр милосердия. Здесь не только ухаживали, воспитывали, но и обучали сестёр милосердия основным гигиеническим правилам ухода за больными, а также и некоторым лечебным процедурам.

Сёстры милосердия принимали участие во всех событиях, связанных с военными действиями. Примером героизма и самоотверженности во время Крымской войны (1853 - 1856 гг.) является Даша Севастопольская, первая российская сестра милосердия, безвозмездно помогавшая раненым бойцам.

Основоположницей сестринского дела в мире считается английская медсестра, Флоренс Найтингейл (1820 - 1910 г). В 1860 году, она открыла школу для подготовки сестер милосердия. Именно она считается родоначальницей сестринского дела и возникновения профессии медицинской сестры. Ее день рождения 12 мая, именно в этот день отмечается Всемирный день медицинской сестры.

После событий 1917 года в России произошли коренные изменения, связанные с медицинским образованием. В 1920 году состоялся Всероссийский съезд сестёр милосердия, на котором решались вопросы об открытии многопрофильных учебных заведений: фельдшерско - акушерские школы, школы по подготовке медсестёр, техникумы. В 1926 году сестёр милосердия стали называть медицинскими сёстрами.

Движение медицинских сестёр имеет много значимых вех в истории своего развития, одна из них Великая Отечественная война. В эти годы впервые на полях сражений оказывали помощь раненым бойцам - санинструкторы. В годы Великой Отечественной войны самоотверженно спасали, возвращали солдат в строй свыше 200 тысяч врачей, полмиллиона фельдшеров, санитарок, санинструкторов.

В настоящее время сестринское дело – неотъемлемая составная часть системы здравоохранения. Оно является многогранной дисциплиной и имеет медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения.

Медсестра обязана вести себя так, чтобы больной мог довериться ей полностью, не стесняясь любой манипуляции и процедуры.

Медицинская сестра должна обладать такими качествами, как – трудолюбие, сопереживание, коммуникабельность, наблюдательность, высокая концентрация внимания, хорошая память, выносливость, ответственность, точная зрительно-моторная координация. Все эти составляющие создают медицинский этикет. А основы работы медсестер закреплены в Этическом кодексе медицинской сестры России, который был принят Ассоциацией медсестер России в 1997 г. В Этическом кодексе изложены основы деятельности медсестры, базирующиеся на принципах гуманности и милосердия.

С целью изучения уровня мотивации избранной профессии, знание значимости и правильности выбора профессии «медсестра» мы провели

анкетирование, в котором принимали участие 50 студентов 2 курса специальности Сестринское дело.

При обработке данных мы получили следующие данные.

На вопрос: Почему вы выбрали профессию медицинской сестры?, ответы распределились следующим образом:

- мечтали с детства - 30 %,
- нравится помогать людям – 55%,
- родители настояли - 10 %,
- из-за ее востребованности – 5.

На вопрос: Что ты знаешь о своей будущей профессии, ответы распределились так:

- предмет, содержание, условия труда – 100%,
- профессионально важные качества -100%,
- медицинские противопоказания -70%,

На вопрос: Чем тебя привлекает эта профессия? Студенты ответили, что их привлекает помощь людям 80%, своей многофункциональностью - 10%, ощущение собственной значимости–10%.

На вопрос: Каково основное содержание профессии «Медицинская сестра», ответы распределились: помощь людям – 41 %, не навреди – 30%, милосердие, добродушие - 29%.

На вопрос: Есть ли у тебя качества, необходимые для того, чтобы овладеть этой профессией, стать хорошим специалистом? Можете ли их назвать? были получены ответы:

10% - воздержались от ответа, да - ответили 90 %, и назвали эти качества:

- общение с людьми;
- терпеливость;
- отзывчивость;
- трудолюбие;
- доброжелательность;

- выносливость;
- стрессоустойчивость;
- ответственность;
- организованность;
- внимательность;
- уважительность;
- безотказность;
- понимание;
- милосердие.

На вопрос: Что будете делать по окончании медицинского колледжа? ответы распределились так:

- работать по профессии - 54%,
- учиться дальше в том же направлении - 38%,
- учиться не по профилю - 8%.

Проанализировав результаты можно сделать вывод о том, что у наших студентов сформированная мотивация по поводу выбора своей будущей профессии, студенты правильно понимают и представляют свою будущую специальность.

Несмотря на давнюю историю происхождения и в сегодняшнее время медсестра является одной из самых востребованных профессий. Только тот, кому доставляет неподдельное удовольствие помогать окружающим, имеет способность к состраданию, к сопереживанию беды человека и станет по - настоящему успешным специалистом.

А.Ф. Мусаева, Л.А. Муртазова

Руководитель преподаватель Л.В. Хотова

ВЛИЯНИЕ МАГНИТНЫХ БУРЬ И СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Магнитные бури - это природное явление, причиной которого является солнечная активность. Солнце постоянно излучает заряженные частицы. Они образуют так называемый солнечный ветер, который, приближаясь к нашей

планете, взаимодействует с ее магнитным полем. Когда на Солнце происходят вспышки или сильнейшие ударные волны, поток частиц увеличивается, и колоссальная энергия буквально врежется в магнитное поле, которое от колебаний начинает возмущаться и дрожать.

Большинство статистических исследований в этом плане проводилось при обследовании больных людей, зачастую пожилого возраста, в результате чего выяснилось, что наиболее сильно реагируют на изменения геомагнитного поля пациенты, страдающие расстройствами, именно, сердечно-сосудистой системы. Это происходит потому, что магнитное поле оказывает влияние на некоторые физиологические механизмы регуляции работы кардиореспираторной системы организма. У пожилого человека такие механизмы функционируют с меньшей эффективностью, и поэтому они становятся чувствительны к возмущениям ГМП. Эффективность действия ГМП зависит также от конкретных условий проживания – так население Крайнего Севера реагирует на магнитные бури более выражено, чем жители средней полосы. Обследование старшеклассников (14–15 лет) показало, что при наступлении пубертатного периода также наблюдается повышенная чувствительность организма к возмущенности магнитного поля.

У людей с хроническими заболеваниями влияние магнитных бурь выражается следующим образом: людям, страдающим бронхиальной астмой, становится труднее дышать; у гипертоников часто скачет давление; у здоровых людей может повыситься раздражительность, появиться беспричинная тревога, снизиться работоспособность; у людей с нестабильной психикой может наблюдаться депрессия или приступы агрессии. Отрицательное влияние магнитных бурь сказывается практически на 50-70% населения нашей планеты.

Авторы работ проанализировали влияние магнитной бури на лиц молодого возраста не имеющих психосоматических заболеваний и относящихся к категории практически здоровых лиц.

Была обследована группа студентов (21 человек). Средний возраст обследуемых составил 18 лет. У обследуемых измерялись ЧСС (частота сердечных сокращений), величины систолического и диастолического давлений. Опрос проводился три раза – первый раз в спокойной геомагнитной обстановке, второй и третий – в условиях геомагнитной бури.

На первом этапе анализа полученных данных проводилась сравнительная оценка реакции сердечно-сосудистой системы у обследованных лиц с учетом половой принадлежности. Было показано, что ЧСС у испытуемых женского пола достоверно увеличилась во время первой и второй магнитных бурь, у лиц мужского пола она не претерпела существенных изменений в первом случае и возросла во втором.

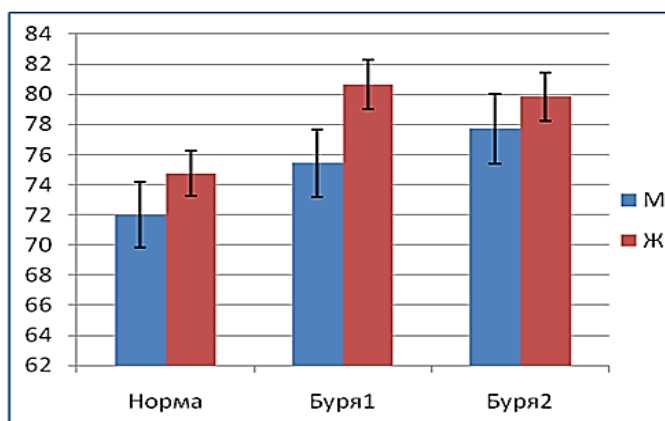


Рис. 1. ЧСС у студентов во время первой и второй магнитных бурь в зависимости от пола испытуемых.

Обратная ситуация наблюдается с систолическим давлением, которое во время обеих бурь у мужчин повысилось с высокой степенью достоверности, тогда как у женщин значительного увеличения не произошло.

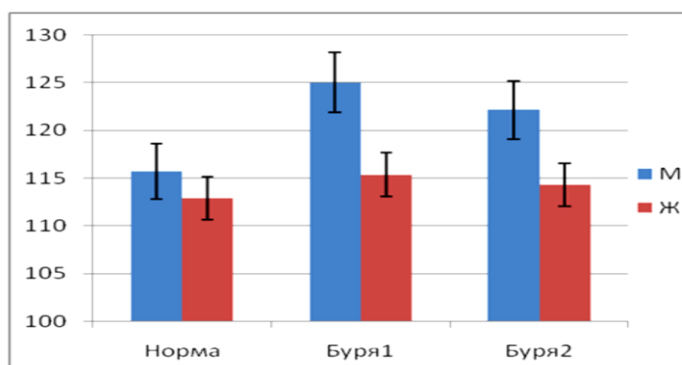


Рис. 2. Систолическое давление у студентов во время первой

Диастолическое же давление не претерпело каких-либо изменений, как у мужчин, так и женщин.

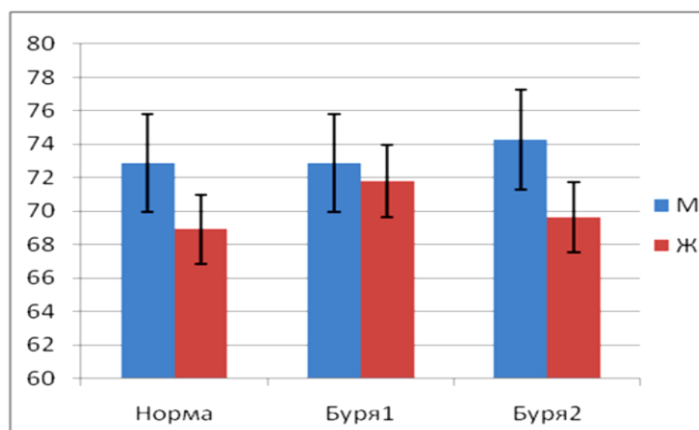


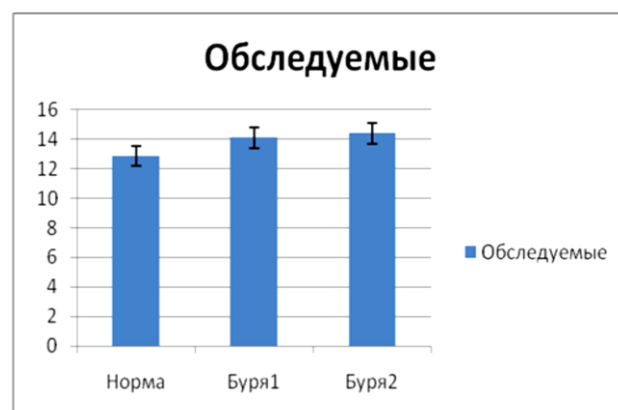
Рис.3. Диастолическое давление у студентов во время первой и второй магнитных бурь в зависимости от пола испытуемых.

Достаточно хорошо известно, что величина систолического давления определяется величиной сердечного выброса, в то время как диастолическое зависит от периферического сопротивления сосудов.

Поскольку во время геомагнитной бури систолическое давление (у мужчин) и ЧСС (в основном у женщин) увеличились при неизменном диастолическом давлении, из этого следует, что периферическое сосудистое русло у испытуемых во время двух магнитных бурь осталось неизменным, в то время как минутный объем кровотока повысился (либо за счет силы, либо за счет ЧСС). Поэтому можно говорить о положительных эффектах действия изменяющегося магнитного поля на сердце, которые могут реализоваться за счет различных механизмов.

На втором этапе работы анализировались отражающие субъективную оценку своего самочувствия. Были заявлены такие пункты, как головные боли, состояние внутреннего напряжения, усталость и др.

Рис.4. Как видно на рис, во время геомагнитных бурь



происходит рост значения «общее самочувствие», который происходит за счет увеличения значений таких параметров, как усталость, боли в суставах, головокружения, внутреннее напряжение.

Такая картина подтверждает предположение о том, что геомагнитные бури способны оказывать влияние и на психическое состояние человека, о чем свидетельствует и ряд других исследований.

Таким образом, обзор литературы по влиянию магнитных бурь на человека показывает, что влиянию подвергаются не только люди старшего возраста, но и молодые люди, независимо от сопутствующих заболеваний.

Д.Б. Мушкина, А.С. Шульгина

Руководители преподаватели: И.В. Маломужева, А.Б. Стахова

ВЛИЯНИЕ КОФЕ НА ОРГАНИЗМ ПОДРОСТКА: ЛЕЧИТ ИЛИ КАЛЕЧИТ?

«Черное африканское зелье», «сироп из сажи», «черная кровь туземцев» - каких только названий не давала история напитку. Мы же называем его как «кофе».

Более тысячи лет не утихают споры вокруг него. И, пожалуй, самой интересной темой подобных дискуссий является вопрос о том, какое именно влияние оказывает кофе на здоровье.

Ароматная чашечка латте с утра. Капучино с нежной пенкой, крепкий эспрессо, большая чашка американо – музыка для ушей тех, кто любит бодрящий напиток. Кофейный культ занял неотъемлемую часть нашей жизни и культуры. О нём снимают фильмы и пишут книги, сочиняют музыку.

Каждый из нас слышал и о том, что кофе вреден, и о том, что он полезен, однако абсолютная истина даже сегодня не известна медикам. Точнее, ответить одним словом на этот вопрос просто нельзя - воздействие кофе на организм является достаточно сложным.

Вопросами влияния кофе на здоровье людей занимались многие ученые разных стран мира. Ими были выявлены положительные и

отрицательные качества кофе. Вопрос о воздействии кофе на самочувствие подростков и стал темой нашего исследования.

Цель нашего исследования: Выяснить влияние кофе на организм подростка, а именно **доказать индивидуальную восприимчивость к действию кофеина (чашечки крепкого кофе) на изменение артериального давления и пульса.**

В соответствии с целью в нашей работе ставились следующие задачи:

1. Изучить и обобщить теоретическое исследование о воздействии кофе на организм человека.
2. Выявить положительные и отрицательные качества кофе.
3. Проверить влияния кофе на самочувствие студента с помощью эксперимента (Обследовать 8 человек разного возраста до приема кофе и через 5, 20 минут после).
4. Обработать и провести анализ полученных данных.
5. Разработать рекомендации грамотного употребления кофе.

Мы провели анкетирование среди студентов 1 и 2 курсов базы 9 (было опрошено 56 человек), чтобы выяснить, что знают подростки о влиянии кофе на организм.

1. На вопрос, употребляете ли вы кофе?

Большинство ответили «да».

2. Как Вы считаете, что значит для вас кофе?

Большинство ответов «Незаменимый атрибут бодрого утра и приятного вечера».

3. Как меняется Ваше самочувствие после чашки кофе?

Большинство ответов «Кофе меня бодрит, я чувствую, прилив энергии и жизненных сил»

4. На вопрос знаете ли вы состав кофе?

Большинство опрошенных не интересуется составом напитка.

5. На вопрос как часто вы употребляете кофе?

Большинство ответили «часто» (более 3 чашек в день).

6. Вы пытались когда-нибудь отказаться от употребления кофе?

Большинство ответов «Да, но без кофе я обычно плохо себя чувствую, начинает болеть и кружиться голова».

7. На вопрос знаете ли вы, какое влияние оказывает кофе на ваш организм?

Ответы показали, что большинство ответили «не знаю», «не думал об этом».

8. Какие ощущения Вы испытываете если не выпьете перед началом занятий кофе?

Большинство ответов «Буду плохо себя чувствовать, сонливость и плохая концентрация»

9. Укажите возраст, когда вы впервые стали употреблять кофе.

Вопрос о возрасте показал, что большая часть опрошенных начала употреблять кофе в подростковом возрасте, большинство после поступления в колледж.

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

Что все-таки входит в состав кофе? Почему он является таким притягательным напитком для людей?

Семена кофе содержат кофеин, сахара, минеральные, азотистые и другие вещества. В кофейных зёрнах обнаружены витамины: тиамин (В1), рибофлавин (В2), пантотеновая кислота, пиридоксин (В6), витамин В12 и токоферол (Е), никотиновая кислота (РР). В нём содержится три десятка необходимых нам органических кислот. Одна из них, чрезвычайно редкая в природе, хлорогеновая, придаёт кофе характерный, вяжущий привкус, доставляющий ценителям особое удовольствие. В кофе также содержатся микроэлементы, которые необходимы организму человека для полноценной работы. Среди них обнаружены калий, магний, кальций, натрий, железо, медь и стронций. А также следы хрома, ванадия, бария, никеля, кобальта, свинца, молибдена, титана и кадмия. Химический состав кофе свидетельствует о том,

что он не только вкусный продукт, но благодаря содержанию жира, сахара и белковых веществ обладает и хорошими пищевыми достоинствами. Самое главное, из-за чего любят кофе, - это содержащийся в нём кофеин - основной биологический компонент. Из-за него и возникает пристрастие к этому напитку. Открыт этот алкалоид и назван «кофеином» в 1819 году немецким химиком Фердинандом Рунге.

Кофеин относится к психостимуляторам. Он повышает настроение, способность к восприятию внешних раздражителей, психомоторную активность. Кофеин уменьшает чувство усталости, повышает физическую и умственную работоспособность (особенно при утомлении), временно снижает потребность во сне.

На основе кофеина изготавливаются цитрамон, кофицил и многие другие лекарства от головной боли и мигрени. Оттого-то кофе кажется незаменимым во время авралов, тяжёлой экзаменационной поры, долгого утомительного путешествия, ночной, требующей больших физических затрат или умственного напряжения работы. Те, кто регулярно употребляет напиток бодрости, могут не беспокоиться по поводу образования камней в печени. Кофеин, как установили научные исследования, очищает желчный пузырь, в результате предотвращается появление холестериновых бляшек.

Мы исследовали влияние кофе на сердечно-сосудистую систему подростков из числа студентов колледжа.

В исследовании принимала участие группа студентов из 8 человек в возрасте от 16 до 20 лет. В ходе исследования были проведены замеры показателей сердечно-сосудистой системы (артериальное давление и частота сердечных сокращений) испытуемых в состоянии покоя. Для замеров мы использовали автоматический тонометр и пульсоксиметр.

После этого участникам был предложен определённый количество натурального кофе сорта «Эгоист» (около 70 мл).

Затем мы замерили артериальное давление и частоту сердечных сокращений (пульс) на двух этапах:

- через 5 минут после употребления кофе.
- через 20 минут после употребления кофе.

По результатам исследования мы увидели, что показатели систолического артериального давления у 50% испытуемых повысились в пределах нормы, у 35% же наоборот, понизилось, а у оставшихся 15% показатели не изменились, что говорит о восприимчивости большинства студентов - подростков из экспериментальной группы к кофеину, содержащемуся в напитке.

Показатели диастолического давления также оказались весьма разными. Так у 75% испытуемых давление повысилось, а у 25% же наоборот понизилось. Из этого можно предположить, что кофеин оказывает большее влияние именно на диастолическое давление. За пределы нормы показатели после употребления напитка вышли у 10% испытуемых.

Через 20 мин после употребления кофе, показатели АД в среднем нормализовались, но не у всех. У самых юных участников эксперимента - 3 человека (16 лет) АД не только не нормализовалось, но и возросло, причем оба показателя. Это лишний раз доказывает, как негативно влияет кофе на растущий и неокрепший организм.

Показатели частоты сердечных сокращений у 40% испытуемых повысились после употребления напитка, у 30% остались неизменными и у 30% понизились. За пределы нормы показатели после употребления напитка вышли у 5% испытуемых.

Вывод: Подросткам, имеющим заболевания сосудистой системы, не рекомендуется употреблять кофе, особенно на голодный желудок.

Гипотеза, поставленная нами о том, что влияние кофе на организм подростков больше негативно, чем положительно оказалась верна, т.к. у большинства испытуемых после употребления напитка показатели повышались и выходили за пределы нормы. Максимум вреда от такого

воздействия наносится сердечно-сосудистой системе. Мы считаем, что грамотный подход к тому, что мы пьем, позволит в дальнейшем избежать проблем со здоровьем.

Кофе - полезный напиток, обладающий многими «лекарственными» свойствами, но как каждое лекарство, при приеме в больших дозах может приводить к негативным последствиям. Поэтому злоупотреблять большим количеством кофе не следует. Главный принцип, которым должен руководствоваться истинный любитель кофе - умеренность.

Медики настоятельно рекомендуют в течение дня выпивать не более 2-3 чашечек кофе этого «магического напитка». При этом кофе категорически противопоказан людям, страдающим бессонницей, гипертонией, повышенной возбудимостью и другими заболеваниями и не рекомендуется употреблять растущему и развивающемуся организму подростка. Данные утверждения мы проверили экспериментальным путем по разработанной нами модели.

Для студентов нами была разработана памятка по грамотному употреблению кофе с пользой для организма.

ПАМЯТКА

КАК ПИТЬ КОФЕ С ПОЛЬЗОЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

1. Пейте не больше четырех чашек в день. По европейским стандартам (EFSA), допустимо употреблять до 400 мг кофеина в день. В одной чашке фильтрованного кофе (американо) содержится около 70 мг, в эспрессо примерно столько же – 75 мг.

2. За один раз не больше двух-трех чашек (максимум – 200 мг кофеина) – рекомендация все того же EFSA (Европейского управления по безопасности пищевых продуктов).

3. Пейте кофе только на сытый желудок. Дело в том, что напиток содержит кислоты, стимулирующие выработку желудочного сока. Следовательно, если вы пьете кофе натощак – желудочная кислота вместо продуктов, разъедает стенки желудка, что приводит к язвам и другим проблемам.

4. Кофе улучшает память, если не превышать дозировку кофеина. Пейте две чашки в день и будете лучше запоминать информацию. Но учтите, что чрезмерное употребления кофеина дает обратный результат.

5. Лучшее время для кофе 10-12 и 14-17 часов. Это правило касается людей с «офисным» образом жизни, тех кто встает около 7-9 часов и ложиться спать около 24 часов.

А.Г. Шагинян

Руководитель преподаватель Е.Н. Захарова

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО - ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Значение правильной осанки трудно переоценить: здоровый позвоночник, правильно сформированная грудная клетка, хорошо развитые мышцы являются не только основой стройной и красивой фигуры, но и залогом физического развития и психологического благополучия.

Позвоночник человека является центральной осью тела, сложной по конструкции системой, выполняющей очень важные функции:

- является опорой тела, в положении стоя, сидя;
- служит основанием для прикрепления костей и мышц верхних и нижних конечностей;
- защищает спинной мозг от повреждений является составной частью задних стенок грудной, брюшной и тазовой полостей;
- участвует в движении головы и туловища.

Нагрузки на различные сегменты позвоночного столба возрастают по мере приближения к его основанию, которым является таз. Чтобы справиться со своими функциями, позвоночник должен одновременно обладать прочностью и эластичностью, а также подвижностью во многих плоскостях. Эластичность позвоночника обеспечивается в основном межпозвоночными дисками. Позвоночный столб состоит из 33 - 34 метамерно расположенных друг над другом позвонков. На основании их морфологических и функциональных особенностей в позвоночном столбе различают 5 отделов:

шейный - состоящий из 7 позвонков, грудной - из 12, поясничный - из 5, крестцовый - из 5 и копчиковый из 4-5 сросшихся позвонков.

Мы живем в век сидящего человека - век патологии опорно-двигательного аппарата. На наш взгляд, самое главное средство профилактики нарушений опорно - двигательного аппарата - это выработка навыка правильной осанки. К сожалению, это очень трудная задача, не столько для ребенка, сколько для родителей. Сама по себе хорошая осанка может сформироваться в исключительных случаях, у совершенно здорового, переполненного энергией, гармонично физически развитого ребенка. Но даже при наличии предрасположенности к заболеваниям позвоночника их можно избежать, если выработать навык правильной осанки и выполнять упражнения, направленные на гармоничное развитие опорно-двигательного аппарата.

Основными средствами формирования навыка правильной осанки, а значит и средствами профилактики ее нарушений являются: общеразвивающие и профилактические физические упражнения, плавание, общеукрепляющий массаж.

Дадим общую характеристику данным средствам.

Общеразвивающие упражнения (ОРУ) - это упражнения, задача которых состоит в том, чтобы достичь общей физической подготовки организма. Ору вызывают улучшение кровообращения и дыхания, улучшают трофические процессы. Ору преимущественно просты, элементарны: они являются активными упражнениями средней дозировки, используется в различных исходных положениях, для всех мышечных групп, выполняются с предметами и без них, с использованием тренажеров. Ору представляют собой фон, на котором производят специальные упражнения.

Мы в своей работе предпочтение отдали профилактическим физическим упражнениям, т.к. Это ведущее средство профилактики нарушений осанки. Главным образом, это упражнения для спинной, грудной

и брюшной мускулатуры. Для профилактики нарушений осанки используют специальные упражнения, к которым относятся следующие:

- ✓ Упражнения для развития подвижности позвоночника;
- ✓ Упражнения для разгрузки позвоночника;
- ✓ Упражнения на вытяжение позвоночника;
- ✓ Упражнения на равновесие, координацию и сохранение правильной позы тела;
- ✓ Дыхательные упражнения;
- ✓ Упражнения для активной гиперкоррекции.

Мы изучили методику определения наличия или отсутствия нарушений осанки у ребенка - тестовая карта С.Н. Поповой. Отработали её на себе.

Только после всего обследовали детей старшей группы д/с №14 и выявленных с нарушениями осанки включили в группу, которую назвали экспериментальной.

Прежде, чем начать занятия с детьми, нами был разработан комплекс лечебной гимнастики. Мы предложили его руководителю физического воспитания. Наш комплекс гимнастики был одобрен. Нам разрешили присутствовать и проводить занятия.

Детям понравились занятия с нами, они с большим удовольствием посещали их. По словам руководителя физического воспитания, дети более старательны были именно на наших занятиях и готовы были заниматься каждый день.

Мы с помощью медицинской сестры детского сада связались с воспитателем нашей экспериментальной группы и предложили переслать нами разработанный комплекс лечебной физкультуры в родительскую группу. Нам прислали хорошие отзывы о комплексе не только родители экспериментальной группы, но и мамы здоровых деток пожелали, чтобы и с их детьми мы проводили занятия с целью профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата.

Ещё мы переслали памятки мамам, в которых отразили, что процесс профилактики нарушений осанки у детей должен проводиться по направлениям:

- теоретические знания и методические умения по формированию правильной осанки;
- контроль за состоянием осанки;
- сон на жесткой постели;
- организация и строгое соблюдение правильного режима дня (время сна, бодрствования, питания и т.д.);
- правильная организация рабочего места ребенка, способствующая закреплению навыков правильной осанки.
- отказ от таких вредных привычек, как стояние на одной ноге, неправильное положение тела во время сидения (за партой, рабочим столом, дома в кресле и т.д.);
- контроль за правильной, равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков, сумок, портфелей и др.

Мы не смогли повторно обследовать детей экспериментальной группы и увидеть результаты нашей работы в связи сложившейся ситуации. Но то, что мы обучили и привлекли детей к занятиям по реабилитации и оздоровлению, надеемся даст свои ожидаемые плоды.

В.И. Щетинин

Руководитель преподаватель Э.М. Агаджанян

ПОНЯТИЕ И ВИДЫ ЭКСТРЕМИЗМА

Нынешняя реальность ежедневно преподносит новые угрозы, устоявшейся конструкции мира, при этом экстремизм, вероятно, станет опаснейшей из них. Далее в нашем исследовании мы рассмотрим вопросы о классификации и видах экстремизма, но если вспомнить, что с латыни «extremus» «крайний», то можно уже сейчас сделать первый вывод, что любое проявление крайности будет и считается негативным для общества.

Качественное искоренение экстремизма криминального характера, считающегося наиболее губительным явлением для государства и социума, зависит от вероятности оперативного проектирования системы обязательных и альтернативных признаков (критериев) данной угрозы. Она поможет идентифицировать экстремизм в массе прочих социальных девиаций, выработать нормативную базу, способствующую, не противореча действующему законодательству, ввести наказание за отдельные противоправные действия, связанные с экстремизмом. Кроме того, подобная система поспособствует повышению результативности работы всех ступеней государственной власти в планировании шагов, направленных на противодействие экстремизму.

Мы считаем, подобное рассматривание экстремизма с точки зрения государственной политики размытым, и ему необходимо придать четкости путем введения дополнительных критериев и прежде всего признака общественной опасности. Лишь те сторонники крайних взглядов и мер могут быть признаны экстремистами с государственно-политической точки зрения, приверженность которых своим убеждениям угрожает прямо или косвенно безопасности личности, общества и государства. Когда же они не несут подобной угрозы, то и определение их, как экстремистов, носит чисто формальный, казуистический окрас. Разработка эффективного и универсального механизма государственно-политических мер борьбы с экстремизмом и его предупреждению побуждает к формированию емкого общего определения экстремизма с государственно-политической позиции.

Настоящее время характеризуется неимением всеобъемлющей правовой характеристики экстремизма, отсутствием понятия природы его многогранных связей с криминалом, непониманием наполнения и формы криминогенного действия, дефицитом прочих важных криминологических свойств, без осмысления которых недопустима профессиональная организация борьбы с религиозным и политическим экстремизмом,

считающимся предельно опасным для общества и стремительно набирающим силу.

Мы считаем, ответы на следующие вопросы помогут существенно обогатить теоретический и практический потенциал противодействия экстремистским правонарушениям:

- суть экстремизма с криминологической точки зрения;
- какова его классификация и рецидивы;
- какие нити связывают его с криминалом;
- почему экстремистские идеологии популярны в сегодняшнем мире;
- технология создания экстремистских организаций и степень их влияния на криминогенную среду;
- какие эффективные меры предупреждения преступлений, относящихся к политическому и религиозному экстремизму, сегодня существуют и находятся в стадии разработки.

Нахождение ответов на злободневные научно-практические вопросы предвещает, во-первых, прогресс в осознании непростых взаимодействий и информационного обмена в определенной группе преступлений, связанных со слабо изученными общественными процессами и явлениями, а во-вторых, увеличение потенциала и инструментария общего социального, правового и прочего влияния на противоправные факторы с возможностью их нейтрализации или ослабления.

Неимение единого понятия экстремизм, включающего все крайние проявления, является исключительной проблемой сегодняшних дней, не позволяющей сконструировать единообразную судебную практику по привлечению к ответственности за деятельность подобного рода.

Прецедент, когда следователи в процессе судебного разбирательства самостоятельно определяют факт экстремизма и его квалификационные признаки, далее предлагаемые правоведам для выявления нарушений закона и признания проступка экстремизмом, выступает главной сложностью для субъекта, оценивающего такую ситуацию.

Пока универсальный эталон дифференциации наказуемых проявлений крайности и близких по смыслу поступков, но не нарушающих нормы закона, не найден. Разумеется, оговоримся, что принятие всеобщего мерила, идентифицирующего экстремистские действия, невозможно. Но цель, заключающаяся в нахождении общих принципов, позволяющих правоведу, оценивающему действия конкретных граждан с учетом анализа доказательств и юридических фактов на предмет наличия признаков экстремизма, вполне достижима.

Судебная практика судов Российской Федерации по вопросам экстремизма сегодня опять-таки требует придания ей определенного русла. Хотелось бы отметить, что тот костяк решений, которые уже успели сформироваться в настоящее время, достаточно разрозненны, так как преступления на почве национальной, либо религиозной нетерпимости не объединяются в единый блок противоправных деяний экстремистской направленности, и не происходит учет всех возможных проявлений крайности, за которые не наступает ни уголовной, ни административной ответственности.

Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.06.2011 за номером 11 «О судебной практике по уголовным делам о преступлениях экстремистской направленности» является в настоящее время определяющим судебную практику в этом вопросе. Этот законодательный акт определяет, что в интересах реализации названных конституционных запретов, и исполнения международных 4 обязательств в УК РФ предусмотрена ответственность за совершение преступлений экстремистского толка. Вдобавок, для поддержания целостности судебной практики по уголовным делам о преступлениях экстремистской направленности Пленум ВС РФ указывает, что при рассмотрении уголовных дел о преступлениях экстремистской направленности судам следует обеспечивать, с одной стороны, охрану публичных интересов (основы конституционного строя, неделимость и безопасности РФ). А с другой, поддерживать соблюдение,

гарантированных российской Конституцией привилегий человека и гражданина: свобода совести и вероисповедания, свободы мысли, слова, массовой информации, права свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию любым законным способом, права собираться мирно, без оружия, проводить собрания, митинги и демонстрации, шествия и пикетирование.

ГБПОУ СК «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Байрамкулова Радима

Руководитель преподаватель высшей квалификационной категории,

к. философ. н., Ботьбат А.А.

ЭТИ НЕПОСТИЖИМЫЕ РУССКИЕ: ОТВАГА И ГЕРОИЗМ РОССИЯН ГЛАЗАМИ ВРАГОВ

Непостижимая и невероятная Россия. Такая наша Родина предстает перед глазами противников и врагов. Даже те из них, кто изначально недооценивал народ, населяющий нашу страну, ценой огромных потерь признавали непреложную истину: Россия - непобедима. Наша история насчитывает множество таких примеров. То, что не под силу понять тем, кто нападал на нашу землю – это отвага, героизм и невероятное самопожертвование, сила духа людей, населяющих нашу страну.

Итак - что же говорят о нас проигравшие? Те, которые вознамерились покорить наш великий народ.

Во время Второй мировой войны, немецкий генерал Гюнтер Блюментрит писал: «Русский солдат предпочитает рукопашную схватку. Его способность, не дрогнув выносить лишения, вызывает истинное удивление. Таков русский солдат, которого мы узнали и к которому прониклись уважением еще четверть века назад». Немецкий офицер Эрих Менде вспоминал слова своего начальника, который сражался с русскими еще во время Первой мировой: "Здесь, на этих бескрайних просторах, мы найдем свою смерть, как Наполеон. Запомните этот час, он знаменует конец прежней Германии".

К слову, Наполеон Бонапарт, входивший в когорту величайших полководцев всех времен и народов в результате российской кампании 1812 года, которая оказалась для него фатальной и, в конце концов, открыла дорогу к краху, сказал: «Русские достойны, быть непобедимыми» - так полководец высказался о России и о ее народе.

Действительно, данная истина проверена веками. Сколько захватчиков в разное время приходило на Русь, Российскую Империю, СССР и всегда оставались ни с чем. И воля народа, его самосознание оказывалось нередко решающим фактором в победе над врагом.

Во время первой мировой войны наши враги признавали героизм русского народа. Немцы не могли не отметить яростное сопротивление русских солдат до последнего вздоха, даже когда смерть была неизбежной, отчего они сражались еще отважнее. По воспоминаниям многих наших противников, в первой мировой войне, русские шли в атаку, даже зная, что силы противника значительно превышают их собственные и, несмотря на то, что наша армия во многих войнах значительно уступала и в технической составляющей, и в количестве солдат, ей удавалось одерживать невероятные победы. История пестрит такими примерами. Рождение легендарной фразы "Русские не сдаются!" обычно связывают с событием, которое произошло на полях сражений первой мировой войны.

В 1915 году российские войска держали оборону крепости Осовец. Командование отдало приказ продержаться 48 часов, однако один маленький русский гарнизон оборонялся 190 дней. Несколько месяцев подряд немцы бомбили крепость день и ночь. Тысячи снарядов и бомб были сброшены на защитников крепости. Утром 6 августа 1915 года немцы применили против обороняющихся отравляющие газы. В распоряжении наших солдат почти не было противогазов и каких-либо средств защиты от химического оружия. Все живое на территории крепости было отравлено. Сразу после газовой атаки противник применил артиллерию и 7000 солдат двинулись на штурм русских позиций.

Немцы полагали, что крепость уже была взята, они не рассчитывали встретить живых на ее территории... И в этот момент из ядовито-зеленого тумана на них обрушилась российская контратака. Солдаты, которых было немногим больше шестидесяти, шли в полный рост. На каждого русского воина приходилось больше ста противников. Но они шли в штыковую атаку.

Русские солдаты, которые, казалось бы, уже должны были быть мертвы, повергли немцев в такой неподдельный ужас, что они бежали в панике. Вот отрывок из воспоминаний немецкого солдата: «ходили слухи, что во время штурма крепости от разрыва сердца умерли около ста германских солдат. Еще несколько сотен были забиты, зарублены, застрелены восставшими из ада русскими. Русскими, которые, как говорили, почти все на следующий день умерли». Очередной пример, когда невероятная сила духа и отвага сотворили, казалось бы, невозможное. Эта атака стала бессмертным подвигом российского народа.

Величайший подвиг совершил СССР в годы Великой Отечественной войны. Ценой миллионов жизней страна одержала победу в самой кровавой в мировой истории войне. Отчаянное сопротивление и героизм советских солдат поражали даже немцев, которые изначально считали славян "недочеловеками". Когда фашисты ступили на русскую землю, они сразу столкнулись с ожесточенным сопротивлением. Нацистская армия, которая легко покорила всю Европу, совершенно не ожидала такого отпора.

Немецкий офицер Курт Гессе писал: "Тот, кто в Великую войну сражался против русских, сохранит навсегда в своей душе глубокое уважение к этому противнику. Без тех крупных технических средств, какие мы имели в своем распоряжении, лишь слабо поддерживаемые своей артиллерией, должны были сыны сибирских степей неделями и месяцами выдерживать с нами борьбу. Истекая кровью, они мужественно выполняли свой долг".

С первых дней войны немецкие солдаты и командиры подразделений отмечали, что война с русскими кардинально отличается от того, что было в Европе. Немцев поражало упорство и настойчивость русского солдата в

обороне – никогда не сдаваться и всегда выходить победителем. Вот как 22 июня 1941 года, когда вражеские силы застали врасплох защитников Брестской крепости, описывал в своем дневнике начальник штаба Верховного командования сухопутных войск вермахта Франц Гальдер:

"Там, где русских удалось выбить или выкурить, вскоре появлялись новые силы. Они вылезали из подвалов, домов и других временных укрытий, вели прицельный огонь, и наши потери непрерывно росли".

Один из немецких солдат, воевавший под Сталинградом, удивительно точно отразил в своем дневнике невероятные качества советских солдат.

"1 октября. Наш штурмовой батальон вышел к Волге. Точнее, до Волги еще метров 500. Завтра мы будем на том берегу и война закончена"; "3 октября. Очень сильное огневое сопротивление, не можем преодолеть эти 500 метров. Стоим на границе какого-то хлебного элеватора"; "6 октября. Чертов элеватор. К нему невозможно подойти. Наши потери превысили 30%"; "10 октября. Откуда берутся эти русские? Элеватора уже нет, но каждый раз, когда мы к нему приближаемся, оттуда раздается огонь из-под земли"; "15 октября. Ура, мы преодолели элеватор. От нашего батальона осталось 100 человек"; "Оказалось, что элеватор обороняли 18 русских, мы нашли 18 трупов". Немецкий батальон две недели не мог сломить сопротивление восемнадцати солдат.

Немцы также с недоумением отмечали, что русские практически не сдаются в плен и сражаются до последнего солдата. Это их очень волновало, ведь человек, для которого долг и Родина дороже жизни, непобедим. Никогда мир не знал столь массового героизма, как во время Великой Отечественной войны. Такое самопожертвование не имеет аналогов за всю историю человечества. Подобные героические поступки, когда солдаты грудью закрывали амбразуры дотов, совершили сотни советских воинов.

Мы говорим русские, а подразумеваем множество национальностей, ведь наша страна – многонациональное и многоконфессиональное государство, объединенное под знаменем Великой России. На полях сражений

погибали и совершали подвиги представители различных национальностей. Все они творили историю российской воинской славы.

Список литературы:

1. Бережков, В.М. Страницы военной истории. - М.: М, 2007. - 390 с.
2. Еременко, А. И. Служба Родине. 1914-1939. - М.: Вече, 2015. - 336 с.
3. Чуйков, В. Армия массового героизма. - Москва: Машиностроение, 2019. - 777 с.

Востриков Вадим

Руководитель преподаватель Вострикова Е.А.

**АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ КМК О
ДЕЙСТВИИ ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ НА ОРГАНИЗМ И
СПОСОБАХ ЗАЩИТЫ**

Актуальность темы: современные реалии заставляют быть готовыми к угрозе применения против нашей страны отравляющих веществ, для массового поражения живой боевой силы и населения.

На первой мировой конференции в Гааге в 1899 году была принята международная декларация, запрещающая применение отравляющих веществ в военных целях. Несмотря на это, случаи применения химического оружия отмечались во многих войнах. Женевской конвенцией 1925 г. применение химического оружия запрещено, но не запрещено его иметь, поэтому многие страны имеют такое оружие. Применение оружия данного вида является военным преступлением. Жуткие последствия ждут население после поражения, которое основано на токсических свойствах химических веществ, это - тяжелые уродства у новорожденных, рост онкологических заболеваний, заражение водоемов, продуктов питания, экологическая катастрофа.

Необходимо знать пути распространения химических веществ в окружающей среде и их воздействие на человека, для оказания первой помощи себе и окружающим.

Объект исследования: студенты КМК.

Цель: выявить степень информированности студентов о путях распространения химических веществ в окружающей среде и их воздействия на организм.

Задачи:

- изучить виды и действие ОВ; - рассмотреть средства защиты;
- разработать анкету и провести опрос, на основании полученных данных выполнить количественный и качественный анализ полученных данных;

Методы исследования: Теоретические методы (анализ литературы и Интернет - источников по проблеме исследования). Практические методы - проведение опроса, обобщение.

С целью получения данных, был разработан опросник. В опросе приняли участие 102(100%) учащихся всех курсов колледжа. Студенты 1курса (30%) и 4 курса (38%) одинаково на высоком уровне владеют знаниями по оказанию первой помощи и применению средств защиты в очаге заражения, в отличие от респондентов 2 курса (15%) и 3 курса (21%). Лучшее владение информацией и навыками, можно связать с тем, что на 1 курсе проходят дисциплину «Основы безопасной жизнедеятельности», а на 4курсе – «Медицина катастроф».

Так же мы предложили в свободной форме ответить на ряд вопросов: Готовы ли Вы научить окружающих использовать средства и способы защиты? На данный вопрос все студенты (100%) не только ответили положительно, но считают, что это своим долгом. В ответе на вопрос: «Что необходимо, для того чтобы, лучше владеть знаниями и навыками защиты?». И здесь мнения не разделились, 100% студентов считают, что регулярные занятия по гражданской обороне, позволят выработать тактику до автоматизма.

Вывод: По результатам полученных данных, можно сделать вывод, что распространение информации о риске для здоровья человека необходимо. Важно принимать во внимание особенности восприятия разными группами

населения и индивидуальные факторы, такие, как знания, опыт, личностные особенности, эмоциональное состояние.

Список литературы:

1. Отравляющие вещества (ОВ): действие и классификация: Интернет – ресурс: / <https://fireman.club/inseklodepia/otravlyayushhie-veshhestva-ov/>

2. Медицинская сортировка
<https://fireman.club/inseklodepia/meditsinskaya-sortirovka/>

3. Медицинские средства защиты
<https://fireman.club/inseklodepia/medicinskie-sredstva-zashhity-msz/>

Аюбова Шахзада

Руководитель преподаватель Усова Н.В.

**ПИОДЕРМИИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ВОИНСКИХ
КОЛЛЕКТИВАХ РФ**

В результате серьезных социально-экономических и демографических изменений в России в последние 15 лет количество здоровых лиц призывного возраста значительно уменьшилось. Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки часто встречаются среди военнослужащих. Пиодермии, псориаз, нейродермит основные из них. Инфекционные заболевания кожи занимают второе место по заболеваемости среди военнослужащих после заболеваний, передающихся воздушно капельным путем

Пиодермии являются наиболее распространенными заболеваниями кожи у военнослужащих срочной службы, составляя в структуре первичной заболеваемости кожи и подкожной клетчатки до 70-80%. Динамика заболеваемости пиодермиями военнослужащих РФ характеризуется тенденцией к увеличению роста заболеваемости. Возбудителями этих болезней являются гноеродные бактерии (пиококки) преимущественно стафилококки и стрептококки, которые повсеместно распространены в окружающей среде и постоянно присутствуют на поверхности кожи, одежде, предметах быта и обихода.

Однако для возникновения пиодермий, помимо возбудителя, необходим ряд условий, приводящих к снижению защитных сил макроорганизма и способствующих развитию инфекции. В нормальном состоянии кожа человека способна защищать организм от различных вредных воздействий в том числе и от болезнетворных микробов. Лишь при нарушении целостности кожи и снижении резистентности организма возникают различные заболевания в том числе и гнойничковые.

Основными этиологическими факторами пиодермий являются *St. aureus* и *Styrogenes*. В клинических проявлениях пиодермий преобладают: при стрептодермиях - стрептококковая опрелость, при стафилодермиях - фурункулы. Факторами риска заболеваний пиодермиями в воинских коллективах являются: регулярное прибытие молодого поколения с низким уровнем состояния здоровья, развитие нарушения иммунного статуса в первые недели военной службы, высокий уровень заболеваемости острыми респираторными инфекциями и патологией ЛОР органов, несбалансированное питание, нарушение санитарно-гигиенических норм.

Для успешного совершенствования системы эпидемического надзора и профилактики пиодермий в воинских коллективах необходимо:

1. Организовать своевременное и активное выявление носителей (патогенных) стафилакокковой и стрептококковой инфекции) и условно-патогенных микроорганизмов возбудителей инфекции верхних дыхательных путей, сопутствующих патологий верхний дыхательных путей с дальнейшей санацией военнослужащих вновь формируемого воинского коллектива
2. Обеспечить военнослужащих срочной и контрактной службы кожными антисептическими средствами на объектах военного труда, в служебных и казарменных помещениях для профилактики микротравматизма кожных покровов путем включения их в аптечки первой медицинской помощи
3. Для профилактики пиодермий в воинских коллективах необходимо комплексное применение антисептических моющих средств, повышающих неспецифическую резистентность организма.

4. Медицинской службе воинских частей и учреждений организовать гигиеническое воспитание и пропаганду здорового образа жизни, направленных на профилактику пиодермий

Список литературы

1. Алексеев В.А. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки среди юношей призывного возраста. За период 2019-2022 гг.-№2-стр27-29

2. Беляков, В.Д. Стафилококковая и стрептококковая инфекция. Саратов, 2020. - С228-245

3. Белецкая Н.А. Медико-социальные факторы здоровья военнослужащих, страдающих хроническими заболеваниями кожи и подкожной клетчатки: диссертация.. канд. мед. наук / Белецкая Надежда Александровна- М. 2019 -107с

4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации / Здравоохранение населения РФ-2021.-№5.-С2-3

РГБОУ «КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

М.Х. Аджиева,

Руководитель преподаватель Г.М. Астежсва

КОФЕ В НАШЕЙ ЖИЗНИ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД

Ранним утром каждый из нас ищет способ взбодриться. Никто не будет отрицать, что кофе один из вариантов достижения этой цели и плотно поселился в жизни современного человека. Многие не могут без него жить. Что же именно представляет собой кофе? Какую пользу или все-таки вред он наносит нашему организму?

Цель работы: выяснить воздействие кофеина на здоровье человека.

Задачи:

- выяснить влияние кофе на организм человека;
- провести социологический опрос.

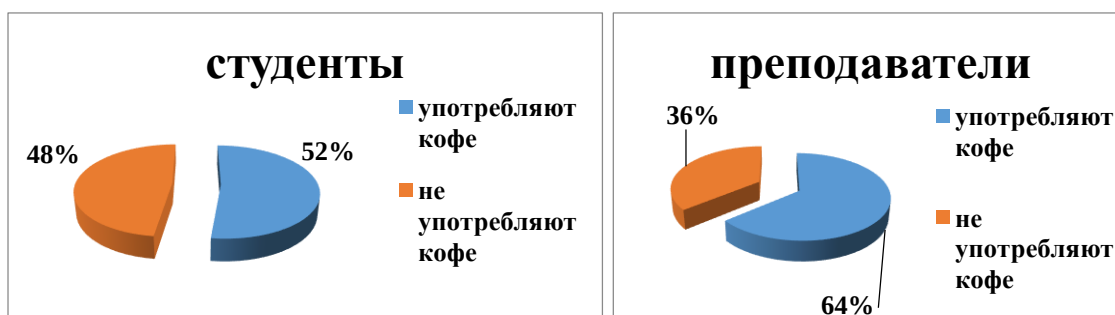
Объект исследования: различные виды кофе.

Предмет исследования: человеческий организм.

Гипотеза: кофеин содержащие напитки оказывают разное влияние на организм.

Методы исследования: анализ научной литературы, сравнение, наблюдение, опрос.

С целью изучения данной проблемы был проведен опрос среди студентов первых и вторых курсов и преподавателей РГБОУ " Карачаево-Черкесский медицинский колледж". В опросе принимали участие 105 студентов и 31 преподаватель.



19 человек преподавателей из 31 употребляют кофе, а из 105 студентов – 54 респондента.

Студентам 2 курса (28 человек) было предложено выпить кофе и измерить артериальное давление.

- 11 человека признались, что употребляют кофе и кофейные напитки на постоянной основе,
- 8 сказали, что пробовали его несколько раз в жизни,
- 9 - практически не употребляют ни кофе, ни кофейные напитки.

Давление было измерено перед употреблением кофе, сразу после и через 20 мин. Опираясь на полученные результаты, были сделаны следующие выводы:

Вывод № 1: у 11 студентов после употребления кофе давление поднялось, а пульс участился.

Вывод № 2: у 8 давление осталось в норме.

Вывод № 3: у 9 давление слегка повысилось 126/85 (мм.рт.ст.)

Это объясняется тем, что кофеин влияет на каждый организм по-разному и зависит от индивидуальных особенностей человека, артериальное давление по-разному реагирует на кофеин. На это влияет и генетическая предрасположенность, и работа центральной нервной системы, и наличие других факторов.

Кофеин и антиоксиданты напитка стимулируют и моментально запускают работу организма на полную мощность. Однако, кофеин грозит негативными последствиями: обезвоживанием, повышением давления, раздражительностью и головными болями.

В результате проведенного анализа мы выяснили:

1. Употребление кофе для каждого человека сугубо индивидуально!
Ясно одно: все хорошо в меру!

2. Кофеин - это натуральный алкалоид, который может оказывать полезное влияние на организм человека, если им, конечно же, не злоупотреблять.

3. Кофеин влияет на ЦНС и помогает взбодриться, снижает боли и улучшает настроение.

4. Постоянное употребление кофеина держит организм в состоянии стресса.

5. В малых дозах у кофеина преобладает стимулирующее действие, в больших - угнетающее.

В настоящее время подростки, взрослые не интересуются, что они употребляют в пищу, какие напитки выпивают, что входит в состав продуктов, какое влияние они оказывают на организм, и это большая проблема.

Л.К.Бакова

Руководитель преподаватель А.И.Кагиева

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ

Цель исследования: изучение влияния жирорастворимых витаминов на организм при гипервитаминозе.

Задачи исследования:

- Изучить классификацию, описание и источники витаминов.
- Изучить сущность и особенности витаминизации.
- Изучить свойства и функции жирорастворимых витаминов.
- Изучить характеристику и отличительные черты жирорастворимых витаминов.

- Изучить влияние жирорастворимых витаминов на организм при гипервитаминозе.

- Изучить суточную и максимальную суточную потребность в витаминах.

- Провести анализ результатов исследования.

Объект исследования: жирорастворимые витамины.

Предмет исследования: побочные действия жирорастворимых витаминов.

Актуальность выбранной темы заключается в распространенности дефицита витаминов у населения, и неграмотном самостоятельном восполнении этого дефицита, в результате чего может развиваться гипервитаминоз, на фоне:

- длительного приёма больших доз витаминных препаратов;
- неправильного использования препаратов;
- самостоятельного и неконтролируемого применения БАДов;
- чрезмерного потребления печени, почек и рыбьего жира.

Методы исследования: метод теоретического анализа; метод гипотетический; метод классификации; метод статистический.

Материалы исследования: специальная литература, материалы экспертиз, научные статьи, анкеты.

Общие понятия о витаминах

Витамины – это незаменимые органические вещества, различного химического происхождения. Витамины не участвуют в пластических процессах и не служат поставщиками энергии, но им отводится одна из основных ролей в обмене веществ. Польза витаминов для организма

определяется участием во множестве биохимических реакций, где они выполняют функции катализатора ферментов, или выступают посредниками, регулируя уровень гормонов.

Недостаточность того или иного витамина вызывает снижение активности соответствующего фермента, в результате чего замедляется и биохимическая реакция, в которой этот фермент играл роль катализатора.

Однако приём сверхбольших доз витаминов – разовый или постоянный – тоже вредит. Бесконтрольный приём витаминов может привести к интоксикации организма в результате передозировки одним или несколькими витаминами.

Из выше сказанного, следует, что дефицит витаминов в организме вызывает гиповитаминоз, полное отсутствие – авитаминоз; избыток витаминов – гипervитаминоз.

Казалось бы, чем навредит «горстка витаминок» для профилактики? Дело в том, что нередко в организме может быть избыток того или иного витамина или микроэлемента, и мы, сами того не зная, подвергаем себя риску.

Существуют общие возможные симптомы передозировки витаминами и другими микроэлементами. Они имеют сходство с признаками отравления: нарушения работы желудочно-кишечного тракта (отсутствие аппетита, боль в животе, тошнота, рвота, диарея), головная боль, спутанность сознания, судороги, бессонница, сонливость и другие расстройства нервной системы, нарушения работы печени, селезёнки и почек. Но поскольку каждый витамин выполняет в организме определённые функции, то симптомы и последствия их гипervитаминоза также могут быть специфичными для каждого витамина.

Поэтому назначение витаминов требует тщательного подхода — приём тех или иных витаминов должен быть основан на медицинских показаниях пациента и согласован с лечащим врачом.

Функции и свойства жирорастворимых витаминов

Жирорастворимые витамины — элементы, которые растворяются в жирах. При правильном рационе вполне реально обеспечить «прочный» их запас в жировых тканях, поскольку с мочой выделяется совсем небольшое их количество. Но это положительное свойство может обернуться и негативно — вещества при чрезмерном употреблении чаще вызывают гипervитаминоз, чем их водорастворимые собратья. Получается, что полезные соединения превращаются в опасные токсины. Но это не значит, что нужно как-то урезать количество их поступления в организм!

Свойства жирорастворимых витаминов неоценимы: входят в состав клеточных мембран разных типов, поддерживая их в нормальном состоянии; принимают активное участие в усвоение продуктов питания, в особенности — жиров; в большинстве своем не образуют коферменты; обладают гормональной активностью; защищают ткани от свободных радикалов, что способствует сохранению молодости и поддержанию крепкого иммунитета.

Какие же последствия могут быть от бесконтрольного приёма жирорастворимых витаминов?

Гипervитаминоз витамина А (ретинол) Сухость, зуд, повышенная чувствительность к солнечному свету, даже при непродолжительном пребывании на солнце формируются ожоги. В целом кожа может приобретать желтый или оранжевый оттенок. Диплопия или двойное зрение – одно из последствий передозировки витамина А, но чаще формируется у детей. Не только дефицит, но и передозировка витамина А может стать причиной ломкости и сухости ногтей, выпадения волос и чрезмерной выработки кожного сала. Может повышаться внутриглазное давление, появится головная боль, тошнота рвота; нарушения зрения (отечность желтого пятна на сетчатой оболочке).

Гиповитаминоз А – «куриная слепота», сухость конъюнктивы и роговицы (ксерофтальмия; xeros — сухой, ophthalmos — глаз), и нарушаются их функции. На роговице появляются язвы (кератомалиция) и как следствие этого — слепота.

Гипервитаминоз витамина D (кальциферол) Избыток витамина D в организме может привести к нарушению работы сердца и почек (кальциноз коронарных сосудов, нефрокальциноз); повышенное тромбообразование (тромбоэмболия легочной артерии); проявляется сонливостью, раздражительностью, головной болью, повышенной утомляемостью.

Гиповитаминоз – рахит (искривление ног и позвоночника), остеомалиция (из костей вымываются кальций и фосфаты, и они становятся менее прочными), остеопороз (повышенная ломкость костей и склонность к переломам).

Гипервитаминоз витамина E (α-токоферол) Высокие дозы витамина E могут вызывать нарушения зрения, диарею, головокружение, головную боль, тошноту, сильную утомляемость, обморок, мышечная слабость, тремор, рост белых волос на участках алопеции при пузырьчатом эпидермолизе. У пациентов с предрасположенностью возникает креатинурия, повышение активности креатинкиназы, повышение уровня холестерина в сыворотке крови, тромбофлебиты, тромбоэмболия легких, тромбоз.

Гиповитаминоз E – мышечная гипотония и слабость; воспаления суставов (артрит) и кожи (дерматит); боли мышечного и нервного происхождения, вплоть до дегенеративных изменений в скелетных мышцах и мышцах сердца; нарушение тканевого дыхания, активация процесса перекисного окисления липидов, нарушение практически всех видов обмена веществ.

Гипервитаминоз витамина K (филлохинон) может приводить к гемолитической анемии, гипербилирубинемии, желтухе (особенно у недоношенных детей), гемолизу у новорожденных детей с врожденным дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы .

Гиповитаминоз. Самопроизвольные паренхиматозные и капиллярные кровотечения, геморрагиями в кожу и слизистые (носовые кровотечения, внутренние кровоизлияния); кровоточивость десен; длительное заживление ран; часто появляющиеся синяки.

Суточная и максимально суточная доза жирорастворимых витаминов

Витамин	Суточная доза	Максимальная суточная доза
Витамин А	900-1000 мкг	3000 мкг
Витамин D	10-15 мкг	50 мкг
Витамин Е	100-400 мкг	800 мкг
Витамин К	120 мкг	800 мкг

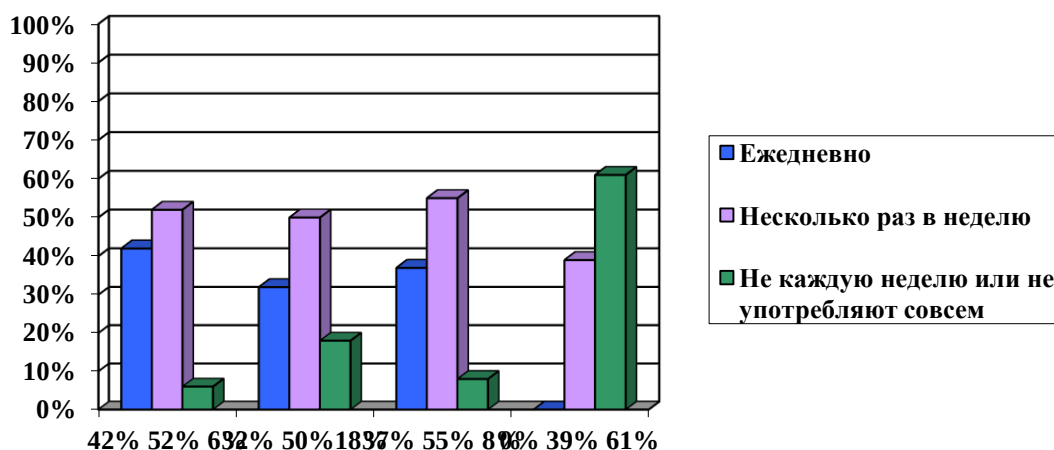
Норма содержания витамина «D» в крови: концентрация 25(OH)D более 30 нг/мл (50 нмоль/л), меньшие значения — недостаточность, а менее 20 нг/мл (50 нмоль/л) — дефицит. В Клинических рекомендациях говорится, что оптимальным значением будет 30-60 нг/мл.

Практической часть

Было проведено анкетирование с целью определения нехватки или переизбытка содержания витаминов, среди студентов первых и вторых курсов медицинского колледжа, участвовало 43 человека, в возрасте от 18 до 25 лет.

На вопросы:

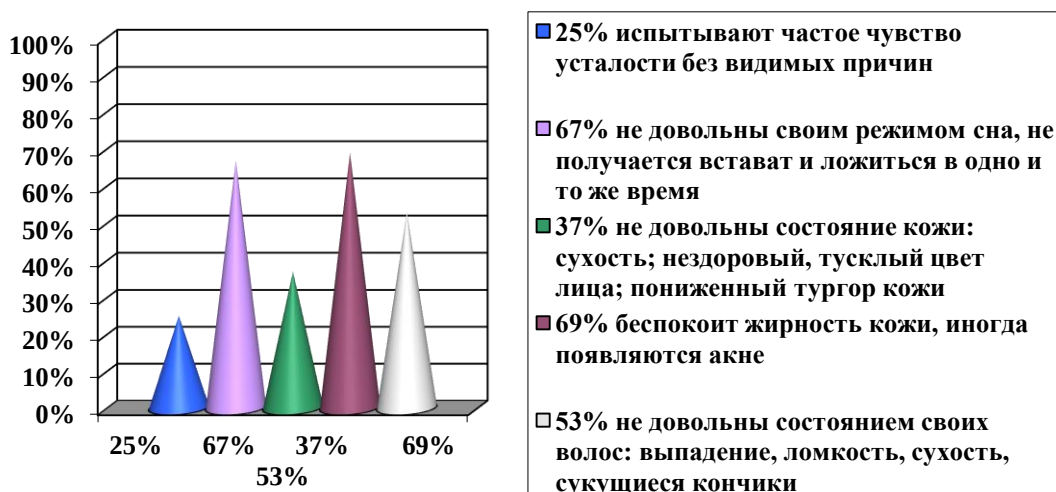
- 1) Как часто вы употребляете свежие овощи?
- 2) Как часто в вашем рационе присутствуют свежие фрукты?
- 3) Употребляете ли вы мясо?
- 4) Употребляете ли вы жирные сорта рыбы? Ответили:



На вопросы:

- 1) Испытываете ли Вы чувство усталости?
- 2) Довольны ли Вы своим режимом сна?
- 3) Довольны ли Вы состоянием своей кожи?
- 4) Беспокоит ли Вас жирность кожи?
- 5) Довольны ли Вы состоянием своих волос?

Были получены следующие результаты:



На вопрос: Принимаете ли Вы какие-либо витаминные добавки без назначения врача? – 45% - ответили, что «иногда принимают без назначения врача, для профилактики их недостатка».

Из результатов анкетирования, можно сделать **вывод:**

У большинства опрошенных, учитывая выявленные симптомы можно предположить признаки гиповитаминоза.

Почти половина опрошенных, а именно 45%, принимают те или иные витаминные добавки без назначения врача, так как считают, что можно самостоятельно диагностировать у себя недостаток того или иного витамина.

Рекомендации: Если вы вдруг подозреваете у себя недостаток витаминов, исходя из симптомов, то это не подтверждает его недостаток, поставить точный диагноз может только врач, и только, основываясь на результатах анализов!

Выводы и рекомендации

Основная **причина** развития **гипервитаминоза** – избыточное поступление витаминов в организм при некорректной дозировке

витаминосодержащих средств или самостоятельном приеме витаминных препаратов без предварительной консультации со специалистом. В некоторых случаях **гипервитаминоз** становится следствием чрезмерного употребления пищевых продуктов, богатых тем или иным витамином.

Проще не допустить развития гипервитаминоза, чем потом вести борьбу с ним. Для этого важно следить за сбалансированностью рациона и отмечать содержание витаминов в тех или иных продуктах питания.

Но еще важнее помнить, что в большинстве случаев проблемы возникают при неправильном или бесконтрольном приеме витаминных препаратов. Такие медикаменты не стоит назначать себе самостоятельно. Дозировку, частоту и продолжительность приема витаминов должен регулировать врач после тщательного обследования и изучения результатов анализов. В этом случае прием витаминных комплексов не будет сопряжен с рисками и принесет организму только пользу.

Студенты А.А. Голаев, А.З. Кошев, А.А. Текев, А. А. Кулов

Руководитель преподаватель А.А.Койчуева

ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА ФРУКТОВЫХ СОКОВ

Сок – является основным источником витаминов. Недостаток хотя бы одного витамина в суточном рационе человека приводит к серьёзным заболеваниям. Многие из нас полагают, что любой сок полезен для здоровья. Разнообразие соков в магазинах привлекает наше внимание. Но разница между «хорошим» и «плохим» соком огромна. Как часто мы задумываемся над вопросами: «Все ли соки полезны? Что в своем составе содержат соки и полезен ли этот состав?» Некачественные соки могут вызвать аллергические реакции, расстройство пищеварения.

Гипотеза: если изучить состав сока, то можно узнать, полезен ли он.

Актуальность: каждый потребитель сока должен знать его состав и влияние на организм человека.

Цель исследования: изучение состава фруктовых соков (искусственные красители, ароматизаторы, подсластители, аскорбиновая

кислота).

Задачи:

1. Проанализировать классификацию и состав соков.
2. Изучить полезные свойства соков.
3. Провести социологический опрос.
4. Провести эксперименты с целью выявления наличия искусственных красителей, подсластителей, содержания аскорбиновой кислоты в соках.

Объект исследования – фруктовый сок.

Предмет исследования - состав фруктовых соков (содержание аскорбиновой кислоты, искусственных красителей и подсластителей).

Методы исследования:

1. Сбор и анализ информации по данной теме
2. Социологический опрос.
3. Проведение экспериментов.

Практическая значимость: использование результатов данного исследования поможет выбрать сок для регулярного потребления.

Сок – это жидкий продукт, полученный путем механических процессов из фруктов и овощей. Сок может быть сконцентрирован и затем восстановлен водой.

Соки не только освежают и приятно утоляют жажду, но и имеют целебные свойства.

Классификация соков

Сок натуральный

Для приготовления соков натуральных промышленным способом берутся вода и концентрированный сок, смешиваются в соответствующих соотношениях.

Свежевыжатый сок, приготовленный в домашних условиях, будет полезнее, но только в течение нескольких часов, поскольку витамины в нем быстро разрушаются. Лучше выпить его сразу. Нужно помнить, что для

приготовления сока необходимо брать качественные, не подпорченные фрукты и ягоды, перед приготовлением их необходимо вымыть, если фрукты нужно чистить, то лучше делать это ножом из нержавеющей стали.

Нектары

Нектары получают путем смешивания концентратов фруктового сока с сахаром и водой. Но при этом натурального сока в них должно быть не менее 25 — 50%. Нектары больше содержат воды и поэтому стоят дешевле соков.

Сокосодержащие напитки

Напитки готовят тем же способом, но содержание сока в них не велико— не менее 10 %.

Мы провели социологический опрос. Анкета состояла из следующих вопросов:

1. Какой напиток вы любите больше всего?
2. Какой сок чаще пьёте натуральный (свежевыжатый) или купленный в магазине?
3. Сок, купленный в магазине полезный?
4. Какой сок часто покупаете?

В опросе приняли участие 41 респондент. Результаты анкетирования показали, что большинство опрошенных предпочитают сок.

Эксперимент №1 «Содержание искусственных красителей».

Для проверки красных ягодных соков –гранатового, и яблочно-вишнёвого – необходимо добавить в полстакана воды 2 щепотки пищевой соды, перемешать и добавили этот раствор в сок. Если цвет напитка не изменился, то в соке есть искусственные красители. Если цвет сока изменился, значит его, действительно, выжали из ягод.

При изменении натуральные красители красного, синего, фиолетового цветов меняют окраску: красный — на грязно-синий, синий и фиолетовый — на красный и бурый.

Жёлтые, оранжевые соки: проверили по-другому. Добавили в сок раствор соды и довели до кипения. Если сок останется такого же яркого оранжевого цвета, как и был, значит, в нем есть красители. Натуральный сок после кипячения должен стать прозрачным или поменять цвет.

Эксперимент №2 «Содержание искусственных ароматизаторов». Большинство искусственных ароматизаторов делают на масляной основе, поэтому их можно обнаружить на ощупь. Надо растереть капельку сока между пальцами. Если остается ощущение масла, то в сок добавлен синтетический ароматизатор. [2]

Вывод: сок «Фруктовый сад» содержит искусственные ароматизаторы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате проведённых экспериментов по изучению состава фруктовых соков мы пришли к выводу, что для регулярного потребления подходит свежавыжатый апельсиновый сок, сок марки «ФрутоНяня» (яблоко и вишня), «Агуша» (яблоко-шиповник), в которых не выявлено искусственных красителей, ароматизаторов.

Если вы действительно хотите купить натуральный сок, то выбирайте упаковку, на которой написано «Сок прямого отжима» или можно самим сделать натуральный сок дома. Соки - это полезный продукт, который должен входить в рацион питания каждого человека, но не забывайте следить за эмалью зубов и употребляйте их через трубочку, как советуют стоматологи.

Студенты С.Р. Добагова, Д.Г.Шебзухова,

Руководитель преподаватель Ф.А.Демирташ

ПЛАСТИК - ПЯТЫЙ ВСАДНИК АПОКАЛИПСИСА

Четыре всадника апокалипсиса... О них теперь часто вспоминают, так каких ассоциируют с четырьмя понятиями: чума, война, голод, смерть... А почему не быть пластику пятым всадником апокалипсиса?

Пластмасса прочно вошла в жизнь современного человека: мы пьем воду из пластиковых бутылок, храним еду в пластиковых контейнерах, носим

вещи в пластиковых пакетах...

Актуальность - свести к минимуму использование пластика в быту, чтобы уменьшить экологическую нагрузку на природу и живые организмы.

Объект исследования: отношение студентов РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж» к глобальной проблеме негативных последствий использования пластика.

Цель исследования: изучить проблему влияния пластика на здоровье человека и окружающую среду, привлечь внимание к необходимости довести до минимума его использование для сохранения экологии планеты.

Гипотеза: пластик представляет риск для здоровья человека на каждом этапе своего жизненного цикла.

Вредное воздействие пластика на окружающую среду

Пластик наносит серьезный ущерб окружающей среде от производства до утилизации. Насчитывается около четырёх тысяч химических веществ, применяемых для производства различных видов пластика. Многие из них токсичны.

Вот примерная скорость разложения некоторых видов пластика:

- Пакет — 20 лет
- Кофейный стаканчик — 30 лет
- Трубочка для напитков — 200 лет.....

С целью проведения исследования среди студентов РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж» была разработана анкета (10 вопросов), проведен опрос, проанализированы его результаты.

Всего приняло участие 122 студента. Рассмотрим результаты анкетирования:

1. На вопрос «Волнует ли Вас проблема негативного воздействия пластика на организм человека и на окружающую среду?» были даны следующие ответы:

Да - 87 студентов (71%);

Нет-16 студентов (13%);

Затрудняюсь ответить» - 19 студентов (16%).

2. Ответы на вопрос «Если да, то какими источниками информации воспользуетесь?» таковы:

СМИ (телевидение) - 30 студентов 34%);

СМИ (Интернет)- 41 студент (48%);

СМИ, окружающая среда - 16 студентов (18%).

3. Знаете ли Вы о проблемах, связанных с утилизацией пластика?

Да - 79 студентов (64%);

Нет-26 студентов (22%);

Затрудняюсь ответить - 17 студентов (14%).

4.Выбрасываете ли Вы пластик в специальные контейнеры?

Да - 53 студента (43%);

Нет - 20 студентов (16%);

Не всегда – 49 студентов (41%).

ВЫВОДЫ ПО ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ

1. На современном этапе своего развития человечество будет продолжать использовать пластик.

2. Каким бы безвредным для здоровья не оказался тот или иной его вид, он непременно попадет в окружающую среду, оставляя впечатляющий след в виде огромных свалок.

3. Даже биоразлагаемые изделия, полученные из растительного материала, не самое лучшее альтернативное решение, а более того – антигуманное, когда миллионы людей в мире голодают!

4. Переработка и многократное использование лишь замедляют процесс пагубного воздействия.

6. Пластик попадает в организм человека различными путями и вызывает серьезные заболевания, о них свидетельствуют исследования многих ученых.

7.Любой вид пластика несет потенциальный вред здоровью человека.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Возможность применения собранного материала в проведении работы по экологическому воспитанию, ведению здорового образа жизни. Мы верим в то, что те, кто услышал нас, не останутся равнодушными, и дальше будет распространять знания и действовать, чтобы будущие поколения не сказали: «Какие же вы были «Homo sapiens», если превратили некогда прекрасную планету в пластиковую свалку?»».

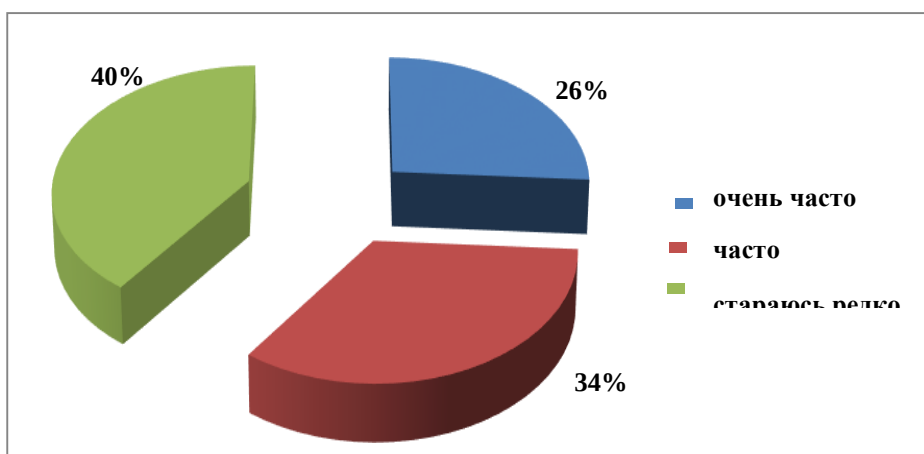
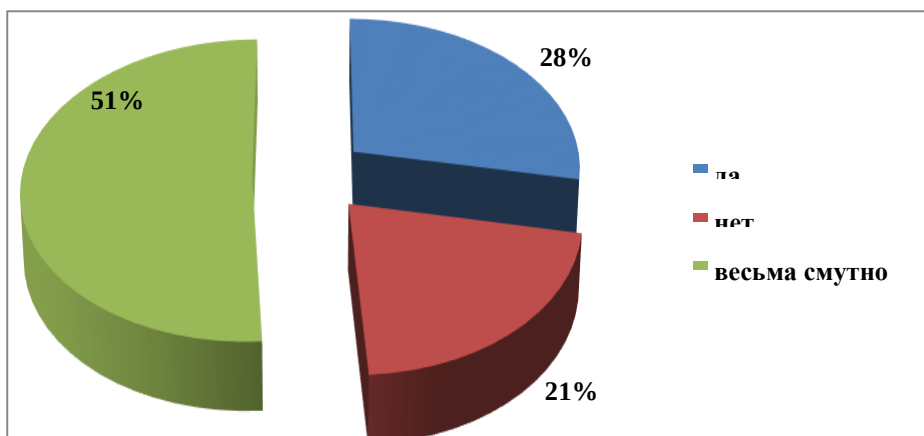


Рис. 1 Имеете ли Вы представление о маркировках на изделиях из пластика?
Как часто вы используете пластиковую посуду в быту? (рис. 1)



Студенты Х.А.Созарукова, М.С.Чомаева,

Руководители преподаватели О.И. Джускаева, Ф.Р. Хатуева

СРЕДСТВА ПО УХОДУ ЗА ЛЕЖАЧИМИ БОЛЬНЫМИ

Цель: изучить уходные средства и предметы для лежачих больных.

Объект: предметы и средства по уходу за лежачими больными.

Предмет: изучить использование в медицине и фармакологии.

Гипотеза: уходовые средства и предметы имеют огромное значение в выздоровлении больного.

Задачи:

- изучить теоретический материал про уходовые средства и предметы;
- провести социальный опрос среди аптек города Черкесска;
- посетить пансионат для пожилых.

Актуальность выбранной темы: тяжелобольные пациенты нуждаются в постоянном уходе, так как их заболевания сопровождаются ограничением физической активности.

Уход за больным - это мероприятия, проводимые с целью удовлетворения его основных жизненных потребностей, облегчения состояния пациента и достижения благоприятного исхода заболевания.

Средства и предметы ухода за больным трудно переоценить. Точное выполнение предписаний врача, проведение всех мероприятий, способствующих сохранению и восстановлению сил больного, облегчению его страданий, тщательное наблюдение за функциями всех органов, предупреждение возможных осложнений, чуткое отношение к больному - всё это входит в понятие ухода за больным.

Мазевые повязки

Современные повязки в отличие от традиционных, например, марлевых, ускоряют заживление, поскольку не прилипают к ране, не травмируют образовавшуюся при заживлении грануляционную ткань, поддерживают естественный физиологический процесс. Повязка подбирается специалистом в комплексном лечении, в зависимости от вида и состояния раны.

Мази от пролежней

1. **Левомеколь.** Применяется при начальной стадии пролежней — как для лечения, так и для профилактики.

2. **Бетадин.** Мазь коричневого цвета со слабым характерным запахом. Антимикробное и дезинфицирующее средство содержит в составе комплекс повидон-йод.

3. **Аргосульфан.** Антибактериальный препарат в виде крема.

4. **Бепантен Плюс.** Препарат с противомикробным и противовоспалительным действием, который применяется при лечении ожогов, расчесов и при пролежнях на начальной стадии.

Серия средств по уходу

Специалисты рекомендуют использовать специальные моющие средства Menalindprofessional, так как постоянное мытье водой и мылом, ухудшает защитный барьер кожи, ведь мыло — это щелочная среда и оно дополнительно нарушает слабокислый барьер кожи.

Подгузники

Подгузники облегчают уход за лежащими больными, а значит, делают его менее утомительным и гораздо более качественным. Применение абсорбционных средств защиты предотвращает образование опрелостей и дерматитов, помогает избежать появления пролежней, сохраняет гигиеническую чистоту белья и тела пациента, обеспечивает психологический комфорт. В 15 аптеках города Черкесск был проведен социальный опрос «Какие подгузники для взрослых самые востребованные?»

Итоги социального опроса: ТОП ЛУЧШИХ ПОДГУЗНИКОВ



Предметы ухода

Противопролежневые матрасы

Одной из самых больших опасностей для того, кому предстоит длительное время провести в кровати, является образование пролежней.

Скользящие простыни –

это уникальные приспособления, характеризующиеся низким трением, благодаря чему больного человека можно перекладывать, передвигать с места на место, устраивать его в удобном положении, предотвращая риск перенапряжения мышц и травмы позвоночника ухаживающего человека.

Туалетные приспособления

Для облегчения проведения физиологических потребностей лежащего больного есть специальные приспособления – утки, судна и мочеприемники.

Подголовник

Устанавливаются они в изголовье кровати и позволяют без усилий придать больному нужное положение.

Кресло-коляски

Предназначены для пациентов, которые не могут сами передвигаться.

Выводы

Уход за лежачим больным требует огромной ответственности и выносливости. В ходе работы наша гипотеза была подтверждена. Уходовые средства и предметы играют огромную роль в процессе выздоровления больного человека.

ГБПОУ СК «ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Головченко А.Б.

Руководитель преподаватель Бирюкова Е.В.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТАЦИДНЫХ СРЕДСТВ

Актуальность. Часто признаком патологии органов пищеварительного тракта является изжога. Она возникает вследствие заброса содержимого желудка, содержащего соляную кислоту, в пищевод, в результате чего возникает чувство жжения в груди и неприятные ощущения в

области желудка и пищевода. В этом случае в качестве симптоматического лечения используют специальные средства - антациды.

Целью нашей работы является - изучить химический состав, механизм действия антацидных медицинских препаратов, их эффективность.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- ✓ Используя литературные источники и Интернет-ресурсы, изучить информацию об антацидных средствах.
- ✓ Выяснить физико-химическую природу действия антацидов;
- ✓ Провести социологический опрос, чтобы выявить наиболее популярные антацидные средства
- ✓ При помощи химического эксперимента выявить средство, наиболее действенное для нейтрализации избытка кислоты в желудке.

Объект исследования: антацидные лекарственные средства.

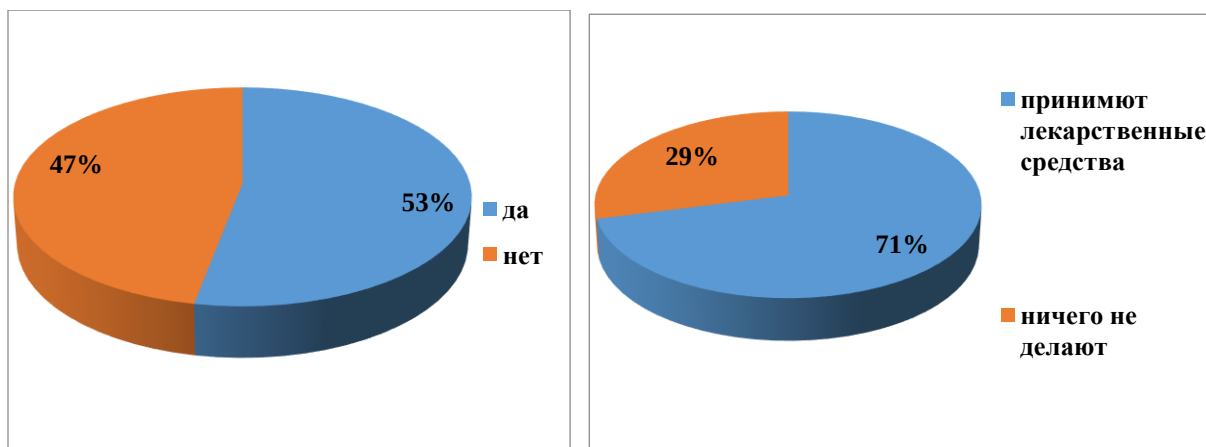
Предмет исследования: свойства антацидов, объясняющие их применение.

Антацидные средства (antacida; от греческого anti – против и латинского acidum – кислота) – представляют собой основания, которые вступают в химическую реакцию с соляной кислотой желудочного сока, нейтрализуют ее, т.е. оказывают противокислотное действие, уменьшают пептическую активность желудочного сока, нормализуют моторную функцию желудка, устраняют изжогу, ослабляют боль, обладают адсорбирующим и обволакивающим действием.

Применяемые в настоящее время антацидные средства отличаются скоростью наступления эффекта, его длительностью, а также способностью оказывать системное воздействие и образовывать углекислый газ в желудке.

В ходе нашей работы был проведен анализ лечебного действия антацидных лекарственных препаратов.

На первом этапе исследования было проведено анкетирование среди родителей и обучающихся 251 группы. Проведённое анкетирование показало:



47% никогда не испытывали чувство жжения и неприятные ощущения в области желудка, а 53% отметили проявление данных симптомов иногда или часто.

Для устранения неприятных ощущений 29% ничего не делают, 71% принимают различные средства.

На втором этапе исследования были взяты 3 наиболее часто применяемых лекарственных средства:

- Маалокс (суспензия),
- Фосфалюгель (гель),
- Гевискон (таблетки жевательные).

Изучение состава, фармакологического действия, показаний к применению, побочных эффектов, противопоказаний для применения антацидных лекарственных средств проводилось по прилагаемым инструкциям.

На третьем этапе исследования был проведён эксперимент, определяющий изменение значений pH среды при действии антацидных средств на раствор соляной кислоты.

Первоначальное показание в растворе соляной кислоты pH=2. К пробам раствора соляной кислоты добавили индикатор метиловый оранжевый. Затем к пробам с раствором соляной кислоты добавили исследуемые антацидные средства. Время проведения эксперимента для каждого антацидного средства – 15 минут.

Результаты эксперимента представлены в таблице №1.

**Значения pH растворов в опыте по нейтрализации
Соляной кислоты (исходный pH =2) антацидами**

Время, мин	Значение pH		
	Гевискон (жеват. таблетка)	Маалокс (суспензия)	Фосфалю гель (гель)
1 мин	Без изменений окраски (выделение газа) $\text{NaHCO}_2 + \text{HCl} = \text{NaCl} + \text{CO}_2 \uparrow + \text{H}_2\text{O}$	Постепенное изменение окраски раствора на оранжевую $\text{Al}_2\text{O}_3 + 6\text{HCl} = 2\text{AlCl}_3 + 3\text{H}_2\text{O}$ $\text{Mg}(\text{OH})_2 \downarrow + 2\text{HCl} = \text{MgCl}_2 + 2\text{H}_2\text{O}$	Без изменений окраски $\text{AlPO}_4 \downarrow + 3\text{HCl} = \text{AlCl}_3 + \text{H}_3\text{PO}_4$
5 мин	Оранжевый pH ≈ 3	Оранжевый pH ≈ 3	Без изменений
15 мин	Желтый pH ≈ 5	Желтый pH ≈ 6	Светло оранжевый pH ≈ 4

Выводы:

1. Антацидные средства - применяют для профилактики обострения и лечения кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также для снятия диспептических явлений (изжога, кислая отрыжка).
2. По результатам анкетирования для снятия симптомов изжоги используют различные средства, среди которых наиболее часто встречаются препараты Маалокс, Гевискон, Фосфалюгель.
3. Фармакологическое действие заключается в нейтрализации свободной соляной кислоты желудочного сока.
4. Экспериментально установлено, что скорость нейтрализации соляной кислоты антацидными средствами зависит от их состава и лекарственной формы.

Список использованных источников и литературы

1. Оганесян, Э. Т. Органическая химия: учебник / Э. Т. Оганесян. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2020. ЭБС Лань
2. Дерябина, Е. А. Фармакология / Е. А. Дерябина. — 4-е изд., стер. — Санкт-Петербург: Лань, 2023.

3. Машковский, Михаил Давыдович. Лекарственные средства: пособие для врачей / М. Д. Машковский. - 16-е изд., перераб., испр. и доп. - Москва : Новая волна : Изд. Умеренков, 2012. - 1216 с.

Юшко В. А.

Руководитель преподаватель Пыжьянова И.М.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Актуальность темы исследовательской работы заключается в том, что курение – это серьезная медицинская и социальная проблема. В настоящее время курение превратилось в массовую эпидемию, распространяющуюся на современную молодежь, что наносит существенный ущерб здоровью подрастающего поколения.

Курение электронных сигарет, или вейпов породило целую вейп-культуру и не замечать ее уже невозможно. Электронные сигареты становятся причиной формирования у человека зависимости, ведь если в составе жидкости для них присутствует даже малое количество никотина, то человек начинает курить чаще, а это, в свою очередь, оказывает отрицательное влияние на организм подрастающего поколения. В долгосрочной перспективе курение вейпа с ароматизаторами может привести к серьезным проблемам с легкими, вплоть до их разрушения. И стоит учитывать тот фактор, что электронные сигареты обычно всегда под рукой и курятся они чаще и дольше, чем обычные сигареты [2].

Объект исследования– состояние здоровья обучающихся.

Предмет исследования – влияние электронных сигарет на здоровье обучающихся.

Цель исследовательской работы: исследовать влияние электронных сигарет на здоровье обучающихся.

Задачи:

- рассмотреть понятие «электронная сигарета» и ее воздействие на организм
- провести анкетирование;

- конкретизировать знания о вреде электронных сигарет

Методы исследования:

- информационный: накопление научного материала; изучение литературы и источников; ознакомление с теорией вопроса;
- аналитический: осмысление собранного материала; анализ полученных данных
- технологический: проверка и уточнение фактов; обсуждение результатов

Было проведено успешное исследование и было проведено свободное анкетирование обучающихся по вопросам об использовании электронных сигарет. Был получен бесценный опыт общения со студентами, благодаря установлению доверительных отношений. По результатам исследования были выявлены слабые стороны в осведомленности студентами о вреде использования электронной сигареты, проведены беседы о вреде курения данных приспособлений для организма и были предоставлены рекомендации по отказу от использования электронных сигарет.

Список использованных источников литературы

1. Крючкова В.А. Сандлер М.В. Содержание и формы пропаганды здорового образа жизни. – М, 2021 г.
2. Книга о здоровье: Сборник // Сост.: Ю.В. Махотин, О.В. Карева, Т.Н. Лосева. Под. Ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 2018.
3. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М, 2019 г.
4. Что такое электронная сигарета и её состав? (Электронный ресурс)

Белоусова Е.С.

Руководитель преподаватель Урумян Е.М.

FAST-FOOD. ВЛИЯНИЕ «БЫСТРОЙ ЕДЫ» НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Актуальность темы исследовательской работы –Fastfood происходит от английского Fast - быстрый и food - продукты. Термин, обозначающий предприятия быстрого питания во всем мире.

В наш стремительный век у многих людей нет ни времени, ни денег сидеть в ресторанах или закусочных и ожидать, пока официант принесет индивидуально приготовленную еду.

В связи с этим по всему миру раскидываются настоящие сети предприятий быстрого питания, в которых подают недорогую, в индивидуальной упаковке и стандартного вкуса пищу, приготовленную в массовом порядке.

Классические примеры таких сетей «McDonalds», «CFS», «PizzaHut», влияние которых достигло нашей страны. У медиков много претензий к фастфуду. Прежде всего, они винят такую еду за большое количество калорий, жиров, холестерина и натрия - способствующих развитию ожирения, гипертонии и атеросклероза.

Диетологи сходятся на том, что относительно безболезненным для здоровья можно считать употребление пищи из классического фаст-фудовского заведения один раз в месяц.

В целом можно сказать, если вы хотите выглядеть хорошо и быть здоровым, то питайтесь вне фастфуда.

В России еда быстрого приготовления тоже становится все более привычной. Несоответствие доходов населения и его потребностей создает неудовлетворенный спрос, который вполне органично направляется на фастфуд, являющийся наиболее доступным продуктом, фактически не имеющим альтернативы. Ведь в российских городах пока еще недостаточно недорогих ресторанчиков или кафе, предлагающих полноценную пищу.

В результате медицинских исследований еды быстрого приготовления было выявлено, что бутерброды содержат в себе много холестерина, который способствует развитию атеросклероза. Во многих странах начали проводить антихолестериновые программы, которые не обошли стороной и фирмы, специализирующиеся на приготовлении и распространении фастфуда.

Однако в печати много говорится о том, что подобные фирмы используют несколько стандартов приготовления продуктов.

Возвращаясь к фастфуду, гамбургерам и чизбургерам, следует отметить, что с наплывом в Россию всех этих продуктов быстрого приготовления на рынке появилась продукция фармацевтических фирм, предлагающих средства от желудочно-кишечных заболеваний. Возможно, это происходит потому, что употребление одной продукции создает спрос на другую. Учитывая все вышеизложенное, выбранная тема исследования является актуальной.

Объект и предмет исследования – еда быстрого приготовления и её влияние на организм человека.

Цель исследовательской работы: выяснить, что такое фастфуд, выявить самые популярные продукты фастфуда у студентов, определить состав и качество этих продуктов, узнать каково влияние фастфуда на здоровье человека.

Задачи:

1. Узнать, что такое фастфуд, и что относится к этой группе продуктов.
2. Определить состав и наличие пищевых добавок в самых популярных продуктах фастфуда.
3. Оценить влияние фастфуда на здоровье человека
5. Составить список самых вредных продуктов фастфуда.
6. Провести анкетирование среди студентов на тему «Ваши предпочтения в еде».
7. Составить рекомендации по употреблению фастфуда.

Методы исследования: При выполнении работы использовались теоретические, эмпирические и практические методы: анализ научной литературы по вопросу, анкетирование, сравнение полученных данных, практическая работа по исследованию группы продуктов быстрого питания, метод визуализации данных (графики, таблицы).

Мною было проведено успешное исследование и было проведено свободное анкетирование обучающихся по вопросам о питании. Был получен бесценный опыт общения со студентами, благодаря установлению

доверительных отношений. По результатам исследования были выявлены слабые стороны в осведомленности студентами о необходимости рационального питания, проведены беседы о важности правильного питания и были предоставлены рекомендации.

Список использованных источников литературы

1. Оганесян, Э. Т. Диетология: учебное пособие / Э. Т. Оганесян. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2020. ЭБС Лань
2. Рекомендации ВОЗ по здоровому питанию [Электронный ресурс] //Официальный сайт Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – URL: https://63.rospotrebnadzor.ru/en/274//asset_publisher/ (Дата обращения: 06.05.2023).

ГБРОУ СК

«СТАВРОПОЛЬСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Ануфриенко Маргарита

Руководитель педагог-психолог Г.П. Женюх

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ КАК ОСОБАЯ КАТЕГОРИЯ ВОЗРАСТНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Из всех проблем, с которыми человечество сталкивалось на протяжении всей своей истории одной из самых загадочных является тайна природы самого человека. От того, насколько нам удастся развить понимание себя и других, может зависеть качество жизни в будущем и, следовательно, существование человеческой цивилизации. Поэтому необходимо следить за развитием человека на протяжении всей жизни.

Этим занимается возрастная психология - отрасль психологии, изучающая этапы психического развития и закономерности формирования личности в процессе онтогенеза человека.

Для развития человека важны все возрасты. Однако подростковый возраст занимает особое место в психологии. Он является сложнейшим возрастным кризисом в жизни каждого человека, потому что резкие перемены

начинаются как на физиологическом, так и на психологическом и на социальном уровнях одновременно, а потому и подходить к изучению и рассмотрению данного периода необходимо с разных сторон.

Так как подростковый возраст представляет собой период становления личности, все стороны развития подвергаются качественной перестройке, зарождаются и развиваются новые психологические образования, закладываются основы сознательного поведения, формируются социальные установки.

Особенности подросткового возраста являются предметом изучения детской психологии, отрасли возрастной психологии.

Существует несколько определений рубежей подросткового периода. Вероятно, наиболее правильно подростковый возраст ограничен в периодизации, предложенной Д. Б. Элькониным, где его границы устанавливаются между 10-11 и 15-16 годами. В данной периодизации акцент делается не на физическом развитии организма, а на появлении психологических новообразований, обусловливаемых сменой и развитием ведущих типов деятельности.

На данном этапе происходит распад прежних психологических структур, сложившихся в детском возрасте, протекает коренная их перестройка, возникают новообразования, закладываются основы сознательного поведения, вырисовывается общая направленность в формировании нравственных представлений и социальных установок.

Учеными уже выявлено, что психологическое состояние этого этапа обусловлено двумя важнейшими процессами: половым созреванием, и всё, что с ним связано (психофизиологическое развитие), и конец детства, вступление в мир взрослых (социальное развитие).

Первый из этих процессов связан с внутренними гормональными и физиологическими изменениями, влекущие за собой телесные изменения, неосознанное половое влечение, а также эмоционально-чувствительные изменения. А социальное развитие обусловлено формированием в сознании

подростка критического рефлектирующего мышления в рассудочной форме. Это и создает основное ведущее противоречие в жизни подростка.

Важнейший фактор физического развития в подростковом возрасте – половое созревание. Оно оказывает лишь косвенное влияние на развитие личности через отношения ребенка к окружающему миру, но тем не менее имеет огромное значение в развитии подростка. Неблагоприятные бытовые условия, неполноценная пища, недостаток витаминов, инфекционные заболевания ведут к его задержке.

Вследствие того, что функции ЦНС претерпевают изменения, преобразуется и эмоциональная сфера. Эмоции в этот период подвижны, изменчивы и противоречивы. В этот период наблюдаются спад работоспособности, невротические реакции, раздражимость и плаксивость.

Подростковый возраст традиционно считается самым трудным в воспитательном отношении, ведь в это время интенсивно формируется личность подростка, возникает чувство взросления, изменяется отношение к представителям противоположного пола.

Резко выраженные психологические особенности подросткового возраста объединяют в так называемый подростковый комплекс. Он включает в себя пубертатный кризис, а также характерные психологические особенности. Пубертатный кризис складывается из «кризиса идентичности», «кризиса авторитета» и «сексуального кризиса».

В переходном возрасте происходит смена ведущей деятельности. Если в младшем школьном возрасте её роль играла учебная деятельность, то теперь место ведущей деятельности занимает общение.

Посредством общения происходит один из важнейших процессов в жизни человека – социализация, процесс приспособления к жизни в обществе. Она подразумевает под собой усвоение человеком правил поведения, социальных норм, моральных ценностей, умений, навыков, знаний и психологических установок, которые дают ему возможность нормально взаимодействовать с остальными людьми.

В разных возрастных периодах существуют типичные опасности, влияющие на дальнейшую социализацию личности. Для подросткового возраста это пьянство, алкоголизм, аморальность родителей; нищета семьи; гипо- или гиперопека; ошибки педагогов и родителей; вредные привычки; одиночество; физические травмы и дефекты; травля со стороны сверстников; вовлечение в антисоциальные и преступные группы; частые переезды семьи; развод родителей.

Одно из новообразований подросткового возраста – чувство взрослости. Оно проявляется в стремлении подростков к самостоятельности, выражении собственных взглядов, оценок и стремлении их отстаивать. Происходит реакция эмансипации, подросток всё больше отделяется от родителей и постепенно все большее значение для него приобретает общение со сверстниками.

Среди индивидуальных особенностей несовершеннолетнего, как и любого человека иного возраста, стоит выделить темперамент, характер и акцентуацию.

Темперамент – это врожденные особенности человека, которые обуславливают скорости реагирования, степень эмоциональной возбудимости и уравновешенности, особенности приспособления к окружающей среде. Темперамент преобразуется под влиянием качеств характера.

Характером называют совокупность устойчивых черт личности, определяющих отношение человека к людям, к выполняемой работе. Характер человека определяет его значимые поступки, а не случайные реакции на те или иные стимулы или сложившиеся обстоятельства. Известно, что характер формируется и изменяется в течении жизни человека. Тем не менее, подростковый возраст – это период, когда формирование характера приобретает заметное место в общем процессе развития.

Стоит помнить, что у подростков сбалансированный характер встречается крайне редко. У большинства тинэйджеров отдельные черты характера чрезмерно усилены, появляется избирательная уязвимость в одних

ситуациях и невероятная устойчивость в других. Проблема акцентуации нераздельно связана с характером человека, на основе характера формируется тип акцентуации.

Акцентуация представляет собой вариант психического здоровья (нормы), который характеризуется особой выраженностью, заостренностью, непропорциональностью некоторых черт характера всему складу личности и приводит ее к определенной дисгармонии. Дисгармония может затруднять адаптацию подростка в обществе и повышать его уязвимость по отношению к определенным внешним условиям и обстоятельствам.

Выделяют следующие типы акцентуации: гипертимный, циклоидный, астено-невротический, сенситивный, психастенический (тревожный), шизоидный, эпилептоидный (возбудимый), истероидный, неустойчивый, лабильный, конформный, параноидный.

Многое зависит от того, в какие условия попадает подросток. Благоприятное стечение обстоятельств позволяет ему успешно реализовать себя в социуме, максимально раскрыв свои сильные стороны. Неблагоприятное влияние внешних факторов, адресованное к наиболее уязвимому месту в характере ребенка, напротив, приводит к еще большему заострению акцентуированных черт, иногда достигающему уровня патологии.

Подростки с явно выраженными акцентуациями образуют группу высокого риска из-за их уязвимости к неблагоприятным влияниям окружающей среды и психическим травмам. Для того, чтобы сгладить акцентуированные черты характера и научиться жить с ними, им нередко требуется помощь психолога.

Наблюдая за другими людьми, трудно не заметить, что одни — быстры, порывисты, подвижны, склонны к бурным эмоциональным реакциям, другие — медлительны, спокойны, невозмутимы, с незаметно выраженными чувствами.

Социально-психологический портрет отдельного члена коллектива и группы в целом является важной характеристикой в структуре

образовательного процесса, он помогает разобраться в проблемах, связанных с трудностями в обучении или адаптации и принять правильное решение в той или иной ситуации.

В ходе исследования было проведено психологическое тестирование на студентах группы 16269 отделения №6 Ставропольского базового медицинского колледжа. Анкетирование проводилось 21.02.2023 года. На момент сбора информации присутствовали 25 человек. Приоритетной задачей в ходе исследования являлось выявление студентов «группы риска» (с затруднённой социальной адаптацией, в силу заострения патологических черт характера; слабой устойчивостью к негативным факторам окружающей среды; повышенным уровнем тревожности; ситуативной конфликтностью). Также диагностика акцентуаций характера нужна для

- выявления акцентуированных личностей в коллективе;
- формирования индивидуального подхода к человеку;
- уточнения профессиональной ориентации;
- оптимально успешного взаимодействия с личностью.

Автор используемой нами методики А.С. Прутченков разработал опрос под названием «Чертова дюжина», состоящий из 104 вопросов, где каждое из утверждений связано с личными свойствами человека, с эмоциями, с постоянством черт определенного типа характера.

Определение уровня выраженности каждого психотипа происходит при помощи построения графика «Рисунок личности».

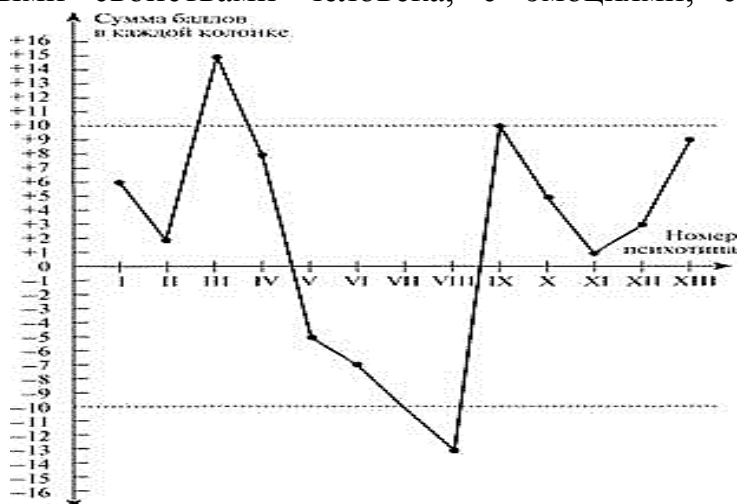


Рисунок 1.

Обработка полученных данных показала следующие результаты (рис.2):

- о в данной группе 12 человек имеют положительный личностный потенциал, предпосылки к успешной социальной адаптации и последующей учебной деятельности;
- о затруднения социальной адаптации могут испытать 11 человек;
- о проявление ситуационной конфликтности возможно у 12 человек;
- о один человек из группы наименее устойчив к негативным факторам окружающей среды.

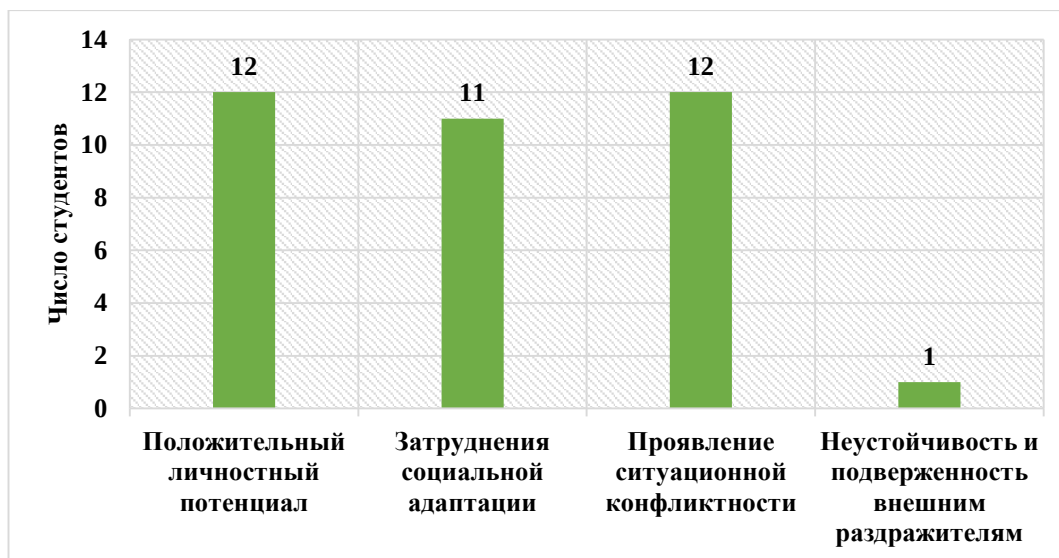


Рисунок 2.

Акцентуация личности в подростковом возрасте напрямую влияет на поведение подростков, их взаимоотношения со взрослыми и сверстниками, что можно наблюдать на примере учащихся группы 16269.

В этот сложный период, называемый подростковым возрастом, человек и его сознание максимально подвержены внутренним и внешним раздражителям. С одной стороны, происходит рост и формирование будущего взрослого организма, гормональная перестройка, перепады настроения как следствие этого; с другой – смена окружения и авторитетов, занятие промежуточного положения между двумя социальными группами – детьми и взрослыми. И подростку важно не потеряться в этом потоке перемен и не поддаться бушующим эмоциям (насколько это возможно для данного возраста), ведь по большей мере именно в это время формируется личность человека.

Список использованных источников

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология / Г.С. Абрамова. – М.: Академический проект, 2019. – 570с.
2. Батаршев А.В. Диагностика темперамента и характера / А.В. Батаршев. – СПб.: Серия «Учебник нового века», 2020. – 368с.
3. Выготский Л. С. Педология подростка: в 3 т. Т. 2. 2018 – С. 70.
4. Казакова Е. В., Корехова М. В., Пономарева М. А., Флотская Н. Ю., Зелянина А. Н., Шахова Л. И., Леус Э. В. Возрастная психология – ЭБС «Лань».
5. Мерсина В. С. Возрастная психология – ЭБС «Лань».
6. Русинова О. И., Москаленко С. В., Русинова Е. А. Особенности развития темперамента в подростковом возрасте / Актуальные исследования. 2020. №23 (26). Ч.II. С. 118-123.
7. Шаповаленко И.В. Возрастная психология: (Психология развития и возрастная психология) / И.В. Шаповаленко. – М.: Гардарики, 2022 – 283с.
<https://apni.ru/article/1597-osobennosti-razvitiya-temperamenta-v-podrostk>
<https://psytests.org/accent/a13cd.html>
<https://www.polismed.com/articles-akcentuacii-kharaktera-akcentuacii-lichnostejj.html>

Иващенко Олеся

Руководители: преподаватель Н.Н. Женюх,

педагог-психолог Г.П. Женюх

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

В современном мире всё большую роль играет взаимодействие людей друг с другом. Общение выступает необходимым условием бытия людей, без которого невозможно полноценное формирование не только отдельных психических функций, процессов и свойств человека, но и личности в целом.

Формирование коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза, колледжа является одним из основным фактором становления их как профессионалов. Задача учебного заведения – правильно направить студентов на понимание коммуникативных свойств личности, которые нужны высококвалифицированному специалисту.

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определённых психологических знаний, но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, формировать вопросы.

Для медицинских сестер, фельдшеров, акушерок и других специалистов сферы здравоохранения важно также владение собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, медики должны уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач. В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является коммуникативная толерантность (как один из аспектов коммуникативной компетентности) — терпимость, снисходительность и др.

Также немалым фактором является общение медработника с пациентом, ведь благодаря этому контакту складывается первое впечатление больного о своём лечащем враче.

1. Общение – сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку стратегий взаимодействия, восприятие и понимание людьми друг друга.

Выделяют три уровня общения:

- Внутриличное — мысленное общение человека с самим собой, когда он вырабатывает какие-то планы, развивает идеи, готовится к общению с кем-либо и т. д.

- Межличностное — общение между двумя и более людьми.
- Общественное — общение человека с большой аудиторией.

2. Умение общаться с больными- коммуникативная компетентность медработника, которое начинает формироваться ещё в процессе обучения в медицинском колледж/ вузе. По мере накопления опыта профессионального общения молодой медработник уже осознанно начинает использовать разнообразные психологические навыки, облегчающие общение с больным. Чем больше стаж, тем больше внимания он уделяет психологическим аспектам диагностического и терапевтического процесса. Адаптация молодого медработника к профессиональной деятельности занимает около двух лет. Как правило, это время необходимо для того, чтобы почувствовать себя уверенно в новой социальной роли, приобрести определённый тротуар навыков и алгоритм действий, исходя из этого выделяют фазы общения с пациентом:

- **Контактная фаза общения** - это первый этап профессионального общения врача и больного. В течение контактной фазы врач знакомится со своим пациентом, между ними устанавливается психологический контакт, складывается первое впечатление друг о друге. Первое впечатление больного о враче во многом определяет то, как пациент будет строить свои отношения с лечащим врачом, выполнять его назначения, какими будут представляться перспективы выздоровления.

- **Фаза ориентации.** На протяжении контактной фазы врач стремится расположить к себе больного, принимая естественную, открытую позу, контролируя жесты и мимику лица, интонации голоса и ритм речи.

- **Фаза аргументации.** Основное содержание фазы — получение дополнительной информации, которая может быть вербальной (расспрос больного, разнообразные уточняющие вопросы, которые появляются по ходу

беседы, по мере изложения пациентом своих жалоб) и невербальной (осмотр больного).

- **Фаза корректировки.** Встреча с больным должна иметь завершение не только в профессиональном плане, но и в психологическом. Важно, какими словами врач заканчивает беседу. В памяти больного должны сохраниться самые первые и последние слова врача, внушающие надежду.

- **Сообщение диагноза и прогноза больному.** Чего же ждет больной от врача? Больной не знает, что с ним случилось, и поэтому хочет услышать название болезни. Ему необходимы ободрение и эмоциональная поддержка. Сообщая диагноз, лучше говорить понятным и простым языком, не употребляя терминов.

На основе анализа взглядов ученых на понятия «компетентность» и «компетенция», можно сделать вывод, что в качестве личностной компетенции считается использование в непрерывном процессе саморазвития получаемых личностью знаний, умений, новых мыслей, информации, способности создавать объекты реальности, а в качестве компетентности рассматривается самостоятельная деятельность на основе универсальных знаний. Здесь значение имеет не наличие определенных внутренних возможностей и способностей, а умение применить эту внутреннюю способность.



Рисунок1.

В качестве того, чтобы понять, как люди себя ведут в той или иной ситуации, я предложила своей группе 16269 пройти два теста: первый тест – для диагностики уровня эмпатии по методике В.В. Бойко «Диагностика уровня эмпатии».

Второй тест – методика Томаса на поведение в конфликтной ситуации.

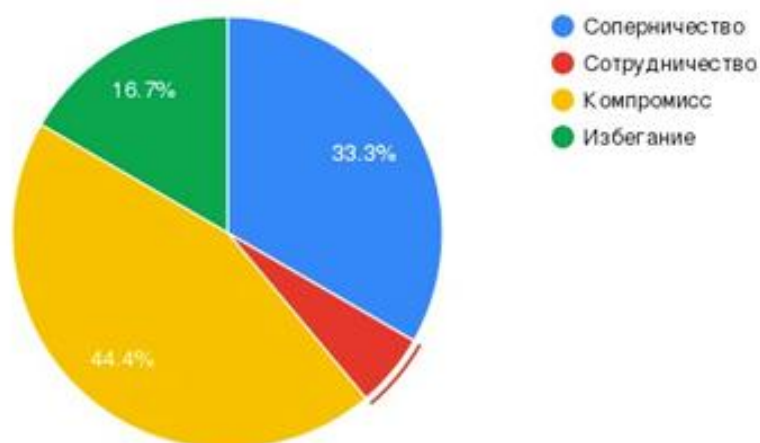


Рисунок2.

Анализируя результаты опроса, мы смогли увидеть, что у студентов группы 16269 общим является проявление компромисса, и старание избегать личных контактов, считая неуместным проявлять любопытство к другой личности, убеждая себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих.

Таким образом, коммуникативная компетентность медицинского работника профессионально значимое качество. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность медработника. Хороший психологический контакт с больным помогает умению общаться, или коммуникативная компетентность обеспечивает взаимопонимание и доверие в отношениях.

Список использованных источников

1. Рогов Е.И. «Психология общения», М: «Владос», 2020.
2. Тренев Н.Н. Управление конфликтами. М.: ПРИОР, 2017.

3. Формановская Н.И. «Речевой этикет и культура общения» М.: Высш.школа., 2015.

4. Статья: «Коммуникативная компетентность медицинского работника.

5. Бодалева А.А. Психологическое общение. – М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: Н.П.О, «Модек», 2015.

Ишутина Диана

Руководитель преподаватель Немеш М.В.

ЦВЕТ В СТИХОТВОРЕНИЯХ РУССКИХ ПОЭТОВ

Колористика - наука, которая изучает теорию применения цвета на практике в различных областях человеческой деятельности. Цвет помогает нам понять душевное состояние, характер героев, он активно используется в описании города и помещений, в которых разворачиваются действия.

Данная работа продиктована многозначностью *образов* в поэзии. У каждого поэта своя палитра и любой цвет в ней - риторическая формула, сообщающая читателю мысли и чувства автора.

Также, чтобы понять колористику, нужно выявить состав и структуру понятия «*цвет*» в стихах русских поэтов, а также установить область применения цветообозначений в стихотворениях. Данная цель поставила следующие задачи:

1) изучить материал о том, какова роль «*цвета*» в произведениях русских поэтов;

2) определить состав и структуру лексического понятия «*цвет*» в стихах русских поэтов;

3) установить особенности применения цветообозначений в стихах русских поэтов о природе.

Большую роль играет в "окраске" стихотворений поэтов средства выразительности. Средства выразительности — это специальные

художественно-риторические приемы, лексические и грамматические средства языка, привлекающие внимание к высказыванию. Они акцентируют внимание читателя на том или ином предмете обсуждения, на явлении, человеке или событии.

К основным художественно-выразительным средствам в литературе относятся тропы. Под тропами понимают слова и словосочетания, которые употребляются в переносном значении. При этом происходит сопоставление двух явлений, которые имеют общие признаки, таким образом, одно явление как бы описывает другое.

Колористика в поэзии обусловлена, с одной стороны, реальным миром, а с другой – миром символов. В цветовой палитре поэт использует такие цвета, как розовый, белый и лиловый, которые символизируют чистоту, ясность, небесное начало, а, например, синий обозначает измену, определяя принадлежность явлений к темному миру. Цветообозначения писателя во многом обусловлены мифологическим восприятием мира его лирическим героем.

В народе бытует множество самых разнообразных и выразительных по своей меткости и поэтичности названий цветов и трав. Так васильком, например, называют цветы и растения, не имеющие отношения к тому синему цветку, который известен каждому из нас истоки поэтичных и метких названий следует искать в образности народного мышления.

Горячо любил и воспевал фиалки А.А. Блок. Он автор поэмы «Ночная фиалка», написанной в 1906 году. Поэмы, где реальность слита с книжной романтикой, снами и мифами, ожиданием чуда и наступлением царства красоты. Фиолетовый старается объединить импульсивную победоносность красного и мягкую уступчивость синего, выражая идею «отождествления».

В стихотворении И. Бунина "Подснежник" нежным контрастом возникает тема весны и жизни, воплощённая в образе первого весеннего цветка. Белый цвет символизирует чистоту, незапятнанность, невинность,

добродетель, радость. Сам подснежник издавна стал для русских поэтов и писателей символом пробуждающейся природы, символом весны, света.

Цвет в стихотворениях русских поэтов очень разнообразен. Особая роль в поэтической палитре Блока принадлежит белому и красному цветам. Белый - светлый, светящийся по прозрачному, бесцветный цвет. Чистый в противоположность грязному. Считается, что белый цвет связан с негативными мыслями и эмоциями, которые обращены в потусторонний мир. Прилагательное «белый» сочетается с такими существительными, как птицы, храм, ангел Бога, вьюга.

Одновременно белый цвет сопутствует красному. Красный - цвет здоровья, жизни, плодородия, солнца. Одновременно это цвет потустороннего мира. Этот цвет связан с кровью и огнем. Значение красного проявляется в таких словах, как ценный, красивый, парадный, прекрасный.

Цветопись в лирике С.А. Есенина помогает выразить насыщенность, красоту природы. Вдохновение он черпает из красот отечественного края, создавая безмятежный образ полей, лесов. Во многих произведениях С.А. Есенина золотой цвет выступает как цвет осени. Он отражает неповторимую красоту и лёгкость, которая видна в сравнении «словно бабочек лёгкая стая». Этот цвет также указывает на неизбежность перемен. После революции 1917 года С.А. Есенин использует золотой цвет гораздо больше. Это означает, что внутреннее состояние поэта изменилось, и он больше начинает задумываться о душе, святости.

А вот синий цвет и его оттенки в лирике С.А. Есенина ассоциируется с Россией. Синий – цвет неба, божественности и недостижимости. Этот цвет позволяет показать осязаемость родных просторов, последовательно формируя образы ясного неба, рек, озер, создает атмосферу светлой радости бытия, выражает чувство нежности и любви, а также символизирует вечность.

Лирика С.А. Есенина базируется на различии эмоциональных идеалов. Зеленый цвет символизирует юность, надежду, веселье, порой незрелость, недостаточное совершенство. Также этот цвет передает красоту и

насыщенность растений, деревьев, листвы. Слияние с природой поэзия определяет салатными, светлыми оттенками.

В поэзии В.В. Маяковского используется красный цвет, как символ войны и революции. Красный обретает двойственное толкование: с одной стороны, это порыв, эмоция, страсть, а с другой – патриотизм. Красный – это цвет бунтарства, отторжения, скандальности.

Желтый цвет также часто встречается в поэзии В.В. Маяковского. Уделим внимание одному биографическому факту, связанному с творчеством поэта: Маяковский сшил себе желтую кофту. Она служила для эпатажа буржуазной публики. Такая вещь ему нужна была не только для выступлений, но и как отличительный знак.

Черный цвет в поэзии Владимира Маяковского, не такой частый, как красный. В основном он контрастирует с белым и красным цветами. Таким образом, это создает противоположные ассоциации. Играя на контрастах, поэт создает черно-белые и черно-красные образы.

Таким образом, мы выявили, что цвет придает стихотворению стилистическую и эмоциональную окраску. Каждое произведение обладает своим цветом. Мы отметили, что палитра цвета у поэтов многообразна. Писатели используют различные оттенки, и каждый поэт имеет свой набор цветов. Цветопись — это способ передачи цвета языком художественного произведения. Люди живут в мире, где цвет имеет большое значение. Благодаря ему, в нашем сознании складываются различные образы окружающего мира.

Список использованной литературы

1. Блок А. Летний вечер. М.: «Детская литература» 1978г.-300с
2. Блок А. Краски и слова. / Блок А. Сочинения в двух томах. Т. 2 – М.: «Художественная литература», 1955г.-203с.
3. Катанян В.А. Альбом: Маяковский - художник. - М., 1963г.-380с.

4. Михайлова Т., Гарусев А. «Что такое цвет и как и когда он возник в нашем восприятии». М.: МГУ «Знание» 2000г.-120с.

5. Ожегов С. И. и Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка/Российская академия наук. Институт русского языка им. В.В. Виноградова. – 4-е изд., доп. – М.: Азбуковник, 1997. – 944с.

6. Собчик Л.Н. Метод цветовых выборов - модификация восьми цветового

теста Люшера. Практическое руководство. - СПб., 2007г.-189с.

7. «Цветы лета» Стихи и рассказы русских писателей. М.: «Детская литература» 1980г.-370с.

Интернет – ресурсы

1. https://ru.wikipedia.org/wiki/Заглавная_страница

2. <https://spravochnick.ru>

А.В. Соловьева

Руководитель Н.Н. Кобозева

«АКТУАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЯН»

На протяжении долгих лет многие обстоятельства, различные силы оказывали свое воздействие на историю России и характер русского человека. В нашей стране существует огромный накопленный потенциал ценностей, который до сих пор хаотичен и переживает трансформацию. Многие наши идеалы кардинально изменились в ходе перемен. Они отражаются и фиксируются в мировоззрении и мышлении россиян. Развитие цивилизации, которая стремится к чему-то глобальному, так или иначе оказывает влияние на формирование новых систем ценностей. Целью моей работы является изучение этих изменений и выявление новых, современных ценностей российского общества.

Прежде всего необходимо разобраться в том что такое ценности и какие они бывают.

Ценность — важность, значимость, польза, полезность чего-либо. Внешне ценность выступает как свойство предмета или явления.

Разделим понятие ценности на три особые группы:

1. Универсальные.

Это ценности, которые применяются ко всем типам людей, независимо от их социального, этнического или культурного происхождения. В их список входят моральные блага, необходимые человеку. Универсальные ценности, как правило, носят личный характер и разделяются многими людьми. Например, солидарность - это ценность, которую могут принимать отдельные люди, но также государства и страны.

2. Групповые.

Это социальные и культурные значения определенных явлений групповой жизнедеятельности, выраженные в форме нормативных представлений. Они выступают ориентирами группового поведения., их главная цель – это создание понятного для всех языка общения и норм поведения.

3. Жизненные.

Жизненные ценности помогают нам принимать решения, мотивируют нас, делают нас счастливыми. Каждый человек выбирает для себя собственные ценностные ориентиры. Их список обширен. В процессе жизни он может расширяться, дополняться или, наоборот, сужаться. Назовём основные ценности в жизни человека: семья, здоровье, дети, душевный комфорт, карьера, финансовое благополучие, успех, развитие, образование, независимость.

Ценности образуют огромные иерархические системы, которые заложены в сознании каждого человека. Они меняются с возрастом и обстоятельствами жизни. В среднем каждый определяет для себя не менее 10 ценностей, руководствуясь личным опытом.

Как и во многих странах, в нашей стране зародился огромный, накопленный годами, но меняющийся со временем потенциал ценностей.

В современном обществе существуют противоположные выводы о советской жизни.

Во-первых, это идеологические установки. Одним из главных принципов советской идеологии была конкуренция, стремление общества к общей идеальной модели.

Одной из основных ценностей советской эпохи был – образование. Государство создавало целые культы, посвящённые различным сферам в науке, но также параллельно оно давало возможность каждому гражданину учиться, создавало условия для бесплатного, качественного получения знаний.

Страна стремительно развивалась: строительство школ, библиотек, музеев и выставок, была затронута и промышленная сфера: предприятия, новые технологии. Образованные люди высоко ценились, так как имели право получить возможность работать по профессии с последующим карьерным ростом.

Второй, но не менее важной ценностью для советской эпохи была социальная поддержка во всех жизненных ситуациях. Народ оказывал моральную и материальную помощь. Главную роль в данной поддержке играли профсоюзы. Они были весьма авторитетными и оказывали весомую материальную поддержку населению. Дружный коллектив - непобедимая сила, осмысливая это, власть советского союза всеми усилиями старалась сформировать мощные дружные коллективы.

Практиковалась система патриотического воспитания. Организовывались различные военно-спортивные игры и соревнования: «Орлёнок», «Зарница», пионеры-тимуровцы добросовестно помогали пожилым и больным.

Их ценности заметно отличаются от мировоззрения современного общества. Для них был важен социализм, патриотизм и образование.

Во второй главе я проанализировала эпоху 90-ых

В начале 1990-ых произошло событие, которое перевернуло жизнь миллионов людей. Распад СССР в 1991 году. Все входившие в его состав республики, стали независимыми государствами.

У людей появляется возможность самореализации, проявление себя в той или иной сфере, новые возможности и пути успеха. Одной из главных ценностей для людей той эпохи был труд и целеустремлённость.

Этот период также запомнился дефицитом товаров необходимых для жизни. Невозможность приобретения нужного продукта, огромные очереди и задержка зарплаты ещё надолго останется в памяти граждан России. можно сделать вывод, что ещё одной ценностью для них была простота. Умение радоваться мелочам

После распада СССР у социума появилась возможность выражать свои мысли, выходить за рамки правильного, теперь они могли выделяться, исповедовать ту веру, которая для них ближе, путешествовать, быть самими собой. Свобода высоко ценилась, потому что это было началом чего-то нового. Появилось желание и стремление развиваться и добиваться своих целей. Спустя столько лет запретов, наступила желаемая свобода.

Началось развитие моды, музыки, культуры в целом. Музыка звучала по-новому, наряды стали ярче красочнее, привычная строгость ушла на второй план. Телевидение расширяла кругозор, появление новых познавательных программ, кинофильмов и сериалов. Россияне ценили новую культуру, для них она была отражением их внутреннего красочного стремления познавать новое.

Воспитание также отличалось от времён советского союза. Если ранее основой воспитания был коммунизм, равенство между окружающими, то теперь родители развивали в своих детях уникальность. Они стремились обеспечить им всё самое лучшее, неповторимое, то, что не имели возможности приобрести сами. Люди учились ценить свободу, целеустремлённость, человечность, а также способность справляться с трудностями.

Сегодня в обществе растёт значимость традиционных ценностей. Традиционные ценности - это нравственные ориентиры, формирующие мировоззрение граждан России, передаваемые от поколения к поколению, укрепляющие гражданское единство. К традиционным ценностям относятся:

жизнь, достоинство, права и свободы человека, патриотизм, гражданственность, служение Отечеству и ответственность за его судьбу, высокие нравственные идеалы. Именно приверженность к традиционным устоям помогает россиянам сохранить разум в эпоху неопределённости.

В настоящее время одной из основных ценностей является свобода. Под свободой понимается самовыражение и полная реализация себя в любой интересующей сфере, которая дает человеку чувство уверенности и вызывает желание жить и двигаться дальше.

Сейчас очень актуальны призывы именно к человеческим ценностям. Разные страны выступают за социальное равенство, выражают протесты дискриминации, призывают к коллективному улаживанию конфликтов. Но надо помнить, что свобода – это одновременно и большая ответственность

Если сравнить ценности советского и современного капиталистического пространства, происходит заметный сдвиг от коллективной ориентации к индивидуальной. Заметен небольшой сдвиг от материального благополучия к духовным аспектам. Молодежь участвует в различных акциях: сбор одежды и продуктовых наборов малоимущим семьям, организация праздничных концертов для детей-сирот

В заключении работы можно сделать вывод, что на современном этапе произошло некоторое изменение ценностей современных россиян по сравнению с ценностями предыдущих поколений. В отсутствие четких морально-нравственных ориентиров и представлений о том, какого типа личность востребована в современном российском обществе, ценностные ориентации молодежи развиваются несколько хаотически, находятся под противоречивым воздействием, с одной стороны, традиций народной культуры, а с другой - меняющихся социальных условий, неустойчивости, риска.

Трансформация российского общества не могла не затронуть систему ценностей и ценностных установок россиян. В период СССР важными были коллективизм и патриотизм. Путём длительных лет поисков и самореализации

в 90-х люди начали ценить свободу слова и действий, а также индивидуализм и независимость. В 2023 году люди совмещают всё и стараются ценить больше; на первый план выходят моральные ценности: любовь, вера, дружба, спокойствие, юмор и позитив, а главное мир. Затем и физические: экология, дом, деньги, образование, медицина. Существующие в обществе ценности, актуальные и потенциальные, существенные и несущественные, представляют ту сторону окружающей действительности, которая непосредственно воздействует на человека.

С.А. Суюндикова

Руководитель преподаватель Шуаева Е.В.

ДОКТОР ЖИВАГО И ДРУГИЕ ВРАЧИ В РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ XX ВЕКА

Образ врача в русской литературе – тема, мало затронутая в литературоведении, но значение ее для культуры очень велико. Мотивы болезни и исцеления в буквальном и символическом значениях затрагивают и фольклор, и религию, и любой вид искусства у всякой нации, поскольку касаются и самой жизни.

Литература дает эстетический, не житейский, но глубоко жизненный срез бытия, поэтому здесь речь не идет о профессиональных сведениях, здесь не учатся никакому ремеслу, а только пониманию, видению мира.

У всякой профессии есть свой особый угол зрения. Однако медицина далеко ушла от, возможно, первых обращений слова к делу врачевания: по-своему поэтические заговоры, заклинания были рассчитаны на подлинное исцеление от недугов.

Задача художественного образа врача - эмоционально воздействовать на человека, при этом он способен сформировать общественную оценку врачу, стать фактором профессионализации личности, мотивацией выбора профессии.

Цель нашей работы: рассмотреть «образ врача» в литературных произведениях XIX – XX века. Дать объяснение его единства в многообразии

черт, порожденных культурами: профессиональной, морально-правовой, экономической, политической, художественной.

Образ врача – не самая популярная тема в отечественной литературе. И хотя литературоведы и культурологи не раз отмечали наличие большого потенциала в изучении данного вопроса, все же, в основном, об образах врачей в русской литературе говорится как об «имеющих большое значение» без пояснения данной формулировки, либо встречаются попытки свести их к некоему общему знаменателю, хотя в действительности они претерпели значительные изменения и могут быть подвергнуты обобщению только весьма условно [6:460].

Можно согласиться, что образ врача чаще всего является одним из самых интересных, глубоких и важных не только потому, что указанный период времени богат произведениями, которые могут послужить примерами связи медицины с литературой.

Прежде всего, стоит отметить, что врач не всегда воспринимался как герой, ведающий не только телом пациента, но и его душой. Еще в послепетровской России профессия лекаря была не в чести. Например: в русском фольклоре, а также в эпиграммах преимущественно встречается скептическое или даже явно враждебное отношение к медицине и врачам. Это связано с греховным, с точки зрения народа, стремлением лечить болезни как нечто отдельное от души пациента. Считалось, что болезнь – это наказание за грехи. Поэтому вплоть до середины XIX века большинство врачей в России были иностранцы [3:10]. Примеры этому можно встретить в произведениях Ф. Булгарина, А.С. Пушкина, Н.В. Гоголя и др.

В романтический период меняется отношение к образу врача, он проникается страданиями, упадком, муками, которые заканчиваются неизбежной смертью, которая воспринимается как лекарство от всех мирских хворей и горестей.

Пропаганда научных знаний и возросший интерес публики к медицине ведёт к изменению и восприятия образа врача, появляется большое количество

пародий на романтические произведения, интерес к которому постепенно угасает.

Во второй половине XIX века образ врача в литературе изображается нигилистами или материалистами, разочаровавшимися в человеческой природе. Если в это время и встречается положительный образ врача, то он, как правило, чудаковат, одинок и несчастлив. Занимаясь по роду своей деятельности человеческим телом, он не разбирается в человеческих душах. Такими являются герои произведений А.И. Герцена «Доктор Крупов» и И.С. Тургенева «Отцы и дети».

В это же время появляется образ врача, которого интересует только материалистическая сторона, т.е. телесная оболочка. А в результате этого появляется пропасть между врачом и пациентом (Л.Н. Толстой «Анна Каренина») [8].

С появлением героев А.П. Чехова связь литературы и медицина проявляет себя полно и разнообразно. Бытует мнение, что образы врачей, созданные этим писателем, завершают развитие этой темы, а все последующие представители данной профессии – это всего лишь вариации уже существовавшего. В произведениях А.П. Чехова на плечи врача возложена миссия лечить не только тела, но и души людей, при этом сам герой тоже имеет тенденцию проходить через изменения. («Палата № 6», «Ионыч»).

В литературе начала XX века образ врача претерпевает изменения. Появляются врачи-творцы, которые несмотря ни на какие жизненные перипетии продолжают трудиться, творить во благо народа. (М. Булгаков «Собачье сердце»). Булгаковский врач – это содержательный образ, которому известны категории Рыцарства, Добра и Зла. Но есть и те, которые просто пользовались обстановкой, историческими событиями, человеческой доверчивостью для того, чтобы нажиться, уйти со своего поприща, испугавшись тягот, ответственности. (Б. Пастернак «Доктор Живаго», Беляев А.Р. «Голова профессора Доуэля»).

Роман «Доктор Живаго» был написан в 1955 году. Целью автора было показать Россию последнего сорока пятилетия. Он хотел поделиться взглядами на искусство, место человека в истории. Веру в Христа он ставил в центр идейного замысла. Историю же изобразил как драматическое действо, в центре которого находится сам художник. Человеческая судьба рассматривается автором в потоке времени.

Главным героем, через восприятие которого показаны исторические события, является доктор Юрий Андреевич Живаго. Особенность романа состоит в том, что Живаго пишет стихи, и окружающую действительность он воспринимает по-особенному, как поэт.

История героя начинается с трагического события, похорон его матери.

Кроме медицины, которая выполняет в жизни Живаго скорее практическую функцию, у него есть еще поэзия. Его стихи отражают суть жизни так, как он ее воспринимает. Его волнует все, во всем он хочет «дойти до самой сути». Стихи Живаго выделены в романе в отдельную часть и расположены в соответствии с сюжетом. Пастернак наделил героя поэтическим даром, которым обладал сам. Умение пропускать жизнь через творчество помогает ему справляться с трудностями. Писать стихи – для него значит жить [4].

Когда началась Первая мировая война, Юрий Андреевич становится военным доктором. На передовой он привыкает к «кровавой логике взаимоистребления». Вокруг него только горе да работа.

На фронте Живаго застала новость о революции. Вернувшись домой с войны, доктор с удивлением обнаруживает, что стал одинок. Друзья и знакомые потускнели, потеряв свое мнение. Композиция произведения, система образов имеют одну особенность. Доктор Живаго представляет собой центр повествования. Остальные герои раскрываются в сопоставлении с ним, через его восприятие. Об этом говорит и сам герой. Он считает самым живым и ярким в них то, что они жили одновременно с ним и знали его. Это нельзя расценивать как гордыню или тщеславие. Живаго всегда старался относиться

к людям с любовью. Он не осуждает никого за совершенные ошибки. Напротив, по его мнению, добродетель людей, которые никогда не ошибались, не имеет ценности.

В отличие от многих своих современников дворянского происхождения, Юрий Андреевич принимает революцию. Он понимает, что это историческое действо вовлекает в свой круг людей помимо их воли. История, по мнению Живаго, происходит не по воле людей. Он сравнивает ее с природой, она подобна траве. Как никто не руководит ростом растений, так никто не может влиять на ход истории. Толстой отрицал роль отдельной личности в исторических событиях, Пастернак пошел дальше и совсем отделил историю от человеческой воли. Живаго старается стать частью этого круговорота. Принимая революцию в целом, он не может согласиться с тем, что цели революции должны достигаться кровью и страданием ни в чем не повинных людей.

О романе можно сказать, что он лишен уроков жизни. Пастернак написал то, что он чувствовал в те годы он сам и его современники. Возможно, благодаря этому, произведение с восторгом было встречено за рубежом. За продолжение традиций русского эпического романа в «Докторе Живаго» Пастернак был удостоен Нобелевской премии.

Книга оказалась настолько популярной, что была несколько раз экранизирована. Первые фильмы были сняты зарубежными режиссерами. В 2005 году появилась российская кинолента, снятая А. Прошкиным. В течение двадцати последних лет произведение не сходит с театральных сцен. И это при том, что современники отказывали роману в художественной ценности. Вопреки их мнениям, роман продолжает волновать читателей и находить живой отклик в их душах

Образы врачей, созданные А.П. Чеховым в пьесе «Иванов» и в рассказе «Палата № 6», противоположны по таким качествам, как активность и бездеятельность. Львов деятелен, активен, а Рагин – бездеятелен. Автор показывает, что каждое из этих качеств не может быть охарактеризовано как

полностью положительное или целиком отрицательное. На первый взгляд, положительным качеством является активность, однако образ Львова показывает, что одной активности недостаточно для того, чтобы врач стал настоящим целителем душ.

Активная деятельность, по А.П. Чехову, утрачивает свою ценность, если не сопряжена с сердечным пониманием окружающих людей, стремлением разобраться в их побуждениях и нравственных страданиях. Бездеятельность, напротив, может быть изначально охарактеризована как негативное качество, тем более что из-за неё страдают больные доктора Рагина, а в больнице плохо идут дела, ведь бездеятельность мешает врачу развиваться, следовать за новыми достижениями медицины. Однако даже бездеятельный человек может обладать тонкой душой, глубоким пониманием жизни и других людей.

Выбор героя-врача в романе «Отцы и дети» - скорее веяние времени, чем авторское кредо; у Тургенева вообще нет такого чрезмерного увлечения и символической трактовкой медицины, как у Герцена: помещики часто занимаются лечением крестьян от нечего делать, используя по положению свой авторитет. Однако восприятие Базарова как врача является необходимым ракурсом для понимания романа в целом. Более того, перед нами будут и другие врачи в романе, в том числе и Василий Иванович Базаров, что далеко не случайно: врачи отец и сын. В образе Базарова интересен и такой ракурс. Его врачевание всегда (до самой сцены его умирания) направлено на другого, а не на себя. Сам Базаров не стал своим пациентом, хотя поводов для этого предостаточно. Снисходительное замечание – «Вот и сигарка не вкусна, расклеилась машина» – не в счет. В остальном же Базаров с неестественной настойчивостью создает свой образ как исключительно здорового человека (излечим общество, «другого», но не себя), здорового и физически, и душевно: «чем другим, но этим не грешны», «это все, вы знаете, не по моей части».

Итак, Тургенев рассматривает врача и как социальную фигуру, и как источник глубоких, подчас бессознательных жизненных впечатлений,

недоступных другим героям. Нельзя, правда, не отметить, что далеко не каждый врач окажется именно Базаровым. Так, фоном в романе пройдут и очарованный медициной, состоявшийся в отличие от своего сына врач Василий Базаров; уездные врачи - повод к негодованию и иронии для обоих Базаровых; как мы говорили, даже Николай Кирсанов пытался врачевать, и на этой почве у него построился брак с Феничкой... Словом, присутствие «врача» – активное, насыщенное поле художественных наблюдений.

Подводя итоги, отметим, что образ врача в русской литературе XIX - XX веков не только один из самых распространенных, но и один из самых глубоких и наполненных по количеству тех проблем, и вопросов, которые он призван был выделить и заострить. Это и вопрос социального устройства государства, и вопросы религии, морали и этики.

Образ врача часто имеет большое значение, когда в произведении речь идет об основных модулях человеческого существования: заботе, страхе, решимости, совести. Это неудивительно, поскольку проникнуть в самый корень человеческого существования можно только в таких пограничных ситуациях, с которыми часто имеет дело именно врач: борьба, страдание, смерть. В русской литературе образ врача прошел длинный и интересный путь от шарлатана к романтическому герою, от романтического героя к приземленному материалисту и от материалиста к носителю морали, герою, ведающему истиной, знающему все о жизни и смерти, несущему ответственность за других в самом широком смысле.

Таким образом, важнейшей предпосылкой понимания образа врача как целостного культурного образования является сама история, общество, ибо только в историческом процессе накапливаются и передаются культурные смыслы профессии и наследуются новым поколением врачей те качества личности врача, которые необходимы в новых культурных условиях.

Следует подчеркнуть, что отрицательные образы «врачей» в художественных произведениях созданы не для очернения представителей этой профессии, а для того, чтобы читатели могли по определенным

признакам, на которые обращает наше внимание писатель, отличить самозванца и шарлатана от настоящего целителя души и тела.

Список использованной литературы

1. Богданов К. А. Врачи, пациенты, читатели: Патографические тексты русской культуры XVII–XIX веков. М.: ОГИ, 2005. С. 9–33.
2. Булгаков М.А. Собачье сердце. Литературные лейтмотивы. М., 1994.
3. Волкова Л.И. Медицина и общество, врач и пациент XXI века (новая хартия врачебной профессии). // Российский мед. журнал. 2003. - № 6.- С.9-10.
4. Герцен, А. И. Доктор Крупов // Собр. соч. в 9 т. / А. И. Герцен. – М.: Гослитиздат, 1955. – Т. 8.
5. Гоголь, Н. В. Ревизор // Полное собрание сочинений. В 14 т. / Н. В. Гоголь. – М.; Л. : Изд-во АН СССР, 1951. – Т. 4.
6. Данилевский В.Я. Врач, его призвание и образование. Харьков: Всеукраин. Книж. Изд-во, 1921.-460 с.
7. Денисов И.Н. Высшее медицинское образование: эволюция, проблемы, перспективы: учеб. пособие / Денисов И. Н, Косарев И. И. -М., 1998.- 86 с.
8. Толстой, Л. Н. Смерть Ивана Ильича // Повести и рассказы / Л. Н. Толстой. – Л.: Худож.лит., 1983.
9. Чехов, А. П. Ионыч // Рассказы / А. П. Чехов. – М.: Худож. лит., 1963
10. Чехов, А. П. Палата № 6 // Собр. соч. в 12 т. / А.П. Чехов. – М.: Государственное издательство художественной литературы, 1956. – Т. 7.
11. Тургенев, И. С. Отцы и дети // Собр. соч. в 12 т. / И. С. Тургенев. – М.: Наука, 1953 – Т. 3.
12. Толстой, Л. Н. Анна Каренина. – Куйбышев: Кн. изд-во, 1985. – С. 77.

13. Пастернак Б.Л. Доктор Живаго. – М. Просвещение. 1999.

Интернет – ресурсы

1. <https://portal-slovo.ru/philology/37293.php>
2. <https://reshator.com/sprav/literatura/dnevnik/otcy-i-deti-turgenev/>
3. <https://foxford.ru/wiki/literatura/doktorzhivago?ysclid=lbmj1kjec1841663196>
4. <http://www.library.tomsk.ru/books/bookexhibitions/vra4/?ysclid=ld7r8vchy7615487886>
5. 87886
6. <https://infourok.ru/obraz-vracha-v-hudozhestvennoy-literature-3723347.html?ysclid=ld7rai4a6b311823990>

С.А. Идрисова

Руководитель преподаватель Шуаева Е.В.

ФЛОРА И ФАУНА В ПОЭЗИИ СЕРЕБРЯНОГО ВЕКА

Поэзия «серебряного века» заняла в литературоведении особое место: исследования в данной области отличаются как многочисленностью, так и многоаспектностью. Отмечается, в частности, что именно в начале XX в. было намечено сближение жанров философии и художественной литературы. В литературе «серебряного века» большие жанровые формы, такие как роман и поэма, потеряли свое доминирующее значение, подобно тому, как в системе философских жанров такое же главенствующее положение утрачивают трактат и монография. На их место приходит лирика, лирические циклы, книга стихов как жанр. Это связано с общей для Серебряного века установкой на постижение уникального мира человеческой души.

Литература как вид искусства является национальным достоянием и частью жизни людей, отражающей их нравственную и гражданскую позицию.

Актуальность темы связана, прежде всего, с тем, что на сегодняшний день очень важно обозначить подрастающему поколению ориентиры нравственности, которые позволили бы воспитать порядочных, милосердных,

добрых и отзывчивых людей. Такими примерами, без сомнения, могут стать поэты произведений русской литературы «серебряного века», которые показывают свое отношение к флоре и фауне.

Поэты «серебряного века» были яркими индивидуальностями, много работали над формой стиха, добились небывалого художественного совершенства. Изучив особенность поэзии С. Есенина, А. Блока, А. Ахматовой, увидели своеобразие и неповторимость каждого из них.

В творчестве Есенина тема природы является главной. Его звонкие пейзажи музыкальны. Природа Есенина – это одушевленное существо, которое живет самостоятельной жизнью. Поэт объединяет мир людей, флору и фауну, ведь человек – неотъемлемая часть природы, ему нужно жить в ладу с окружающим миром, нуждается в нашей любви и заботе. [9]

В основном, в своей поэзии Есенин отражает деревенскую жизнь со всеми её прелестями. Многокрасочная цветовая палитра играет важную роль, потому что каждый цвет несет в себе определенный смысл.

В зависимости от выбранного поэтом цвета, он может изобразить и душевное состояние лирического героя, его думы и переживания. Природа соотносится с крестьянами и деревенским бытом. Мы видим много связующих нитей между человеком и природой, Образ человека раскрывается через пейзаж.

Есенин воспринимает растения, как живые существа, разговаривал с ними, поверяя им свои радости и печали, они являются его близкими и надёжными друзьями.

Большую роль в лирике играет образ дерева: березка, клен, яблоня. В их образах Есенин показывает глубинную связь всего живого на планете.

Душевные переживания поэта, важные события в его жизни всегда неразрывно связаны с изменениями в природе.

Когда молодость поэта заканчивается, живописный пейзаж сменяют картины раннего увядания. Однако, зрелость человека перекликается с приятной осенней порой, а краски не потускнели, они приобрели новые

оттенки — багряные, золотые, медные, но это последние вспышки перед долгой зимой — старостью.

Отговорила роща золотая
Березовым, весёлым языком,
И журавли, печально пролетая,
Не жалеют больше ни о ком

В лирике еще более позднего периода в описании пейзажа присутствует предчувствие гибели, стихотворения наполнены грустью по утраченной молодости. Используя мрачные краски, Есенин показывает свою обреченность и усталость.

Описания пейзажа, которые так искусно создаёт А. Блок, вызывают чувство восторга и радости. Свежесть волнующейся нивы, прелесть летнего вечера, весенняя гроза с раскатами грома вызывают волнение в душе. Окружающий мир оживает в произведениях Блока: ветка роз «дышит ароматом», трава «полна прозрачных слез», «дремотой розовой объята травы нескошенной межи».

Сложные образы, создателем которых является А. Блок, необходимы для передачи символической гармонии реального мира природы и внутреннего мира. Именно образ тропы и дороги в пейзаже ранней поэзии Блока раскрывали эту идею. Тема пути реализуется через изображение жизненного пути от рождения к смерти. [7]

Водные пейзажи зачастую выполняют различные смысловую роль. Река символизирует течение, изменение жизни, а также водораздел жизни: на одном берегу остается старая жизнь, а на другом берегу — новая. В некоторых произведениях встречается образ реки или озера, символизирующий желание ухода в иной мир. Поэту хочется с головой броситься в пучину вод и исчезнуть навечно. Морские пейзажи символизируют чистоту и романтические порывы лирического героя. [3]

Ночь теплая одела острова.
Взошла луна. Весна вернулась.

Печаль светла. Душа моя жива.
И вечная холодная Нева
У ног сурово колыхнулась.

Тема природы - одна из любимых Ахматовой. Работа Анны очень похожа на работу Блока. Пейзаж в ее стихах отражает самые разные эмоциональные переживания, которые часто проявляются в деревенской жизни лирических персонажей Ахматовой.

Детали деревенского пейзажа в творчестве Ахматовой символизируют печаль и ностальгию. Такие произведения передают читателю чувство особой привязанности к природе родного края.

В поэзии Ахматовой город вмещивается в каждую строчку, «отдается в каждом слоге» — высокомерный, великолепный, тот самый «заграничный», голландский город. Ахматовский Петербург — это движущийся образ, «как ладья по воде».

Пейзаж выполнен в соответствии с характером любовного «приключения». Он может выглядеть как очаровательный будуар, освещенный «белым пламенем» «ледяных ослепительных роз», и высокий просторный осенний храм ... [1]

В последний раз мы встретились тогда
На набережной, где всегда встречались.
Была в Неве высокая вода,
И наводнения в городе боялись.
Он говорил о лете и о том,
Что быть поэтом женщине — нелепость.
Как я запомнила высокий царский дом
И Петропавловскую крепость!..

Проанализировав фауну в лирике поэзии серебряного века, видим, что С. Есенин довольно часто использует образы животных. Он вводит мотив «братства человека и животного». Отношения обнаруживают черты семейного уклада. Поэтому в поэтическом творчестве поэта преобладают домашние

животные: лошадь, собака, корова, кошка. Он называет их "братьями меньшими". [5]

С. Есенин чаще всего обращается к образу коня, коровы. Он вводит этих животных в повествование о крестьянском быте как неотъемлемую часть жизни русского мужика. С древних времен конь, корова, собака и кошка сопровождали человека в его нелегком труде, делили с ним и радости, и беды.

Конь был помощником при работе в поле, в перевозке грузов, в ратном бою. Собака приносила добычу, охраняла дом. Корова была поилицей и кормилицей в крестьянской семье, а кошка ловила мышей и просто олицетворяла домашний уют.

Всем знакомы выражения «лебединая чистота», «лебединая верность», «лебединая песня». Есенин создает большое лиро-эпическое стихотворение, в котором показана трагедия лебедя-матери. [5]

В своем стихотворении «Лебедушка» поэт описывает жизнь дикой природы. Центральным образом является лебедь с маленькими «лебежатушками». Когда читаем это стихотворение, в воображении рождается прекрасный пейзаж - все гармонично слито в единое целое. Лебеди плавают по пруду, даже цветы «улыбались дню веселому». [5]

С раннего детства А. А. Блок проявлял особую страсть к животному миру. Глубокую нежность он питал к ежам, зайцам, любил даже самых маленьких существ – насекомых и червей, что осталась с ним на всю жизнь. Так, в пять лет будущий поэт сочинял стихи в таком роде. (Приложение 9)

В поэзии Блока в образе лебедя - значения, восходящие к мифологическим представлениям. Для поэтов-романтиков пушкинской поры образ лебедя связывался главным образом с представлениями о поэте и поэзии. Для Блока же лебедь - олицетворение божества, чистоты, красоты, русского национального космоса, любви, воспоминаний, меланхолии. Во всей полноте образ птицы – лебедя раскрывается в цикле А.Блока «На поле Куликовом». [3]

По воспоминаниям библиофила Моисея Лесмана Анна Ахматова не выносила в людях излишней любви к животным, но и скверное отношение к ним ей было тоже неприятно. Сама Ахматова отмечала природную грациозность и красоту кошек, но особенного пристрастия к ним не имела. Она мирилась с присутствием животных в жизни других людей и на кошачью ласку отзывалась с благодарностью.

В стихах Ахматовой встречается много «кошачьих» следов, а в ее воспоминаниях то и дело появляются соседские коты. Им Ахматова передает в письмах приветы и поцелуи: «Крепко целую тебя, Анюту и всех котов (сколько их)?». Или в конце другого письма: «Дорогая моя, вот уж неделя, как я дома. Здесь все мирно и благополучно. Коты молоды и красивы...» [2] На даче в Комарово у соседей Ахматовой жил очень шумный, буйный и огромный рыжий кот по прозвищу Глюк, о котором она говорила: «Ну, знаете, это уже не кот, это целых полтора кота». Анна Ахматова считала также, что этот рыжий кот очень похож на Иосифа Бродского.

Всем хорошо известен экспресс-тест Ахматовой для новых знакомых. Она предлагала выбрать одно из двух: чай или кофе, собаки или кошки, Пастернак или Мандельштам. По мнению Ахматовой, люди делятся на две категории: тех, кто любит чай, собак и Пастернака, и тех, кто предпочитает кофе, кошек и Мандельштама. «Чай-собаки-Пастернак» – люди простоватые, но надежные, «Кофе-кошки-Мандельштам» – люди изысканные и утонченные, но полагаться на них не стоит. [2]

Таким образом, произведённый анализ поэтических текстов позволяет сделать вывод о роли природы в лирике «серебряного века».

Проанализировав поэзию «серебряного века», можно утверждать, что роль флоры и фауны состоит в том, чтобы читатель познакомился с мировоззрением автора, а также узнал о том, что большинство поэтов «серебряного века» ценили и любили природу, считали её как божественной, великой и могущественной, так и родной, близкой. Многие авторы считали природу живой и поэтому берегли, и защищали её. Пейзажная лирика должна

вдохновить читателя последовать примеру поэтов «серебряного века», что позволит ему обрести душевное спокойствие и гармонию с окружающим миром.

Данный проект будет полезен для учащихся, заинтересованных в изучении как поэзии «серебряного века», так и литературы в целом. Работа даёт полное представление об фауне и флоры в поэзии данного отрезка времени на примере творчества нескольких поэтов.

Список использованной литературы

1. Ахматова А.А. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 1. Стихотворения. 1904-1941. М.: Эллис Лак, 2019. 968 с.
2. Ахматова, А.А. Лирика Серебряного века: моногр. / А.А. Ахматова. - М.: Эксмо, 2018. - 445 с.
3. Блок А. А. Лирика / А. Блок. - М.: Детская литература. Москва, 2021. - 304 с.

Боташиева Карина

Руководитель председатель ЦМК фармации Е.А. Семенченко

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ФИТОПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИНСУЛЬТА

Согласно официальным материалам Минздрава РФ за последние годы смертность от болезней системы кровообращения, по сравнению с другими причинами смерти, в России занимает первое место и продолжает неуклонно расти. Количество включенного в исследование населения в 2022 г. составило 3 388 932 человека. В этот период произошло 8553 случая инсульта, 4038 (47%) — у мужчин, 4515 (53%) — у женщин. Средний возраст развития инсульта определялся в возрастном диапазоне старше 25 лет. Это 64,9 года у мужчин и 70,7 года у женщин.

Фармацевтическая промышленность предлагает широкий выбор препаратов для профилактики и лечения атеросклероза головного мозга. Это как химически синтезированные, так и фитопрепараты. Безусловно, у

фитопрепаратов есть большое количество преимуществ, в отличие от синтетических. Прежде всего, они легче усваиваются человеческим организмом, легче включаются в процесс жизнедеятельности, отсюда значительно большая их биодоступность и сравнительно редкие случаи непереносимости, развития побочных эффектов.

Целью работы является проведение сравнительного анализа основных характеристик фитопрепаратов, применяемых для профилактики, лечения атеросклероза и инсульта.

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

1. Изучить литературные источники о заболеваниях мозгового кровообращения, рассмотреть стратегию и тактику их лечения лекарственными растениями и фитопрепаратами.

2. Изучить характеристики растений, входящих в состав фитопрепаратов, применяемых для профилактики, терапии атеросклероза и инсульта.

3. Провести сравнительный анализ фармакологических характеристик фитопрепаратов, применяемых для профилактики, лечения атеросклероза и инсульта.

4. Провести мониторинг ассортимента, спроса и ценовой политики фитопрепаратов данной группы в аптечных сетях г. Ставрополя.

Мозговое кровообращение — это движение крови по сосудам головного и спинного мозга. Оно нарушается, когда в одном из сосудов возникает проблема с доставкой крови к заданному участку. Патологии сосудов, провоцирующие нарушение мозгового кровообращения, могут быть самыми различными: тромбы, образование петель, перегибы, сужение, эмболия, аневризма.

Говорить о сосудистой мозговой недостаточности можно во всех случаях, когда количество реально транспортируемой в мозг крови не совпадает с необходимым.

Статистически чаще всего проблемы кровоснабжения вызывает склеротическое поражение сосудов - *атеросклероз*. Образование в виде бляшки мешает нормальному прохождению крови через сосуд, ухудшая его пропускную способность. Если лечение не будет назначено вовремя, бляшка неминуемо будет накапливать тромбоциты, за счет чего увеличиваться в размерах, в конечном итоге образуя тромб. Он либо перекроет сосуд, препятствуя движению крови через него, либо оторвется потоком крови, после чего будет доставлен в мозговые артерии. Там он закупорит сосуд, вызывая острое нарушение мозгового кровообращения, называемое *инсультом*.

Стратегия и тактика профилактики и лечения атеросклероза головного мозга представлена в таблице 1.

Таблица 2. Стратегия и тактика профилактики и лечения атеросклероза головного мозга

№	Стратегия	Тактика
1	Уменьшение уровня холестерина	диеты, лекарственные растения: боярышник, черноплодная рябина, корни одуванчика
2	Уменьшение свертываемости крови	травяные настои лопуха, черешни, вишни, зверобоя, настой шелковицы, галеги лекарственной, гингкобилоба.
3	Уменьшение кровяного давления	алкалоиды барвинка малого, такие как: девинкан, винкапан.
4	Предупреждение повреждений стенок сосудов головного мозга	активный образ жизни; ограничение приема гормональных лекарств; контроль артериального давления; избегание стрессов, увеличение в рационе количества овощей и фруктов; витамины; отказ от курения и алкоголя.

Для профилактики и лечения нарушений мозгового кровообращения широко применяют фитопрепараты, в состав которых входят действующие вещества барвинка малого и гингко билоба.

Эти растения входят в состав фитопрепаратов: Винпоцетин, Кавинтон, Танакан, Билобил, Гинкоум. Фиторепараты: Танакан, Билобил, Гинкоум отпускаются из аптек без рецепта, а вот препараты Винпоцетин и Кавинтон являются лекарственными средствами рецептурного отпуска, так как

содержат в своем составе сильнодействующее вещество барвинка малого (винпоцетин). Эти препараты обладают: сосудорасширяющим, ангиопротективным, психостимулирующим, ноотропным, улучшающим мозговое и периферическое кровоснабжение действием. Применяются при различных формах нарушения мозгового кровообращения (в т.ч. восстановительная стадия ишемического или геморрагического инсульта, последствия перенесенного инсульта, транзиторная ишемическая атака, атеросклероз сосудов головного мозга, посттравматическая и гипертоническая энцефалопатия), хронических сосудистых заболеваниях сосудистой оболочки и сетчатки глаза, вторичной глаукоме, улучшают кровоснабжение головного мозга, доставку кислорода и глюкозы, микроциркуляцию, нормализуют тонус артерий и вен, метаболические процессы и оказывают выраженный антиоксидантный эффект, уменьшают отечность тканей головного мозга и периферических тканей.

Если сравнивать количество противопоказаний этих лекарственных средств, то больше всего их у препаратов, содержащих действующие вещества барвинка малого. Это Винпоцетин и Кавинтон – по 6 противопоказаний (острая фаза геморрагического инсульта, тяжелая форма ИБС, тяжелые аритмии, беременность, период лактации, чувствительность к винпоцетину). А у препаратов, содержащих действующие вещества гинкго (Танакан, Билобил Гинкоум) их только 5. Это повышенная аллергия, снижение показателей свертываемости крови, экзема, боли в животе, диарея, головная боль, головокружение, шум в ушах (Танакан), чувствительность к компонентам препарата, пониженная свертываемость крови, болезни желудочно-кишечного тракта, острый инфаркт миокарда и гипотензия, детский и подростковый возраст до 18 лет (Билобил) и чувствительность к компонентам препарата, острые язвенными поражениями слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивным гастритом, острый инфаркт миокарда, гипотензия (Гинкоум).

При этом побочные эффекты препаратов незначительны, это: индивидуальная непереносимость, беременность у всех препаратов, у Танакана и Билобила пониженная свертываемость крови, нарушения пищеварения, у Билобила – острый инфаркт миокарда и возраст до 18 лет, а у Гинкоум – гипотензия. У препаратов Винпоцетин и Кавинтон - острая фаза геморрагического инсульта, тяжелая форма ИБС, тяжелые аритмии, беременность и период лактации, индивидуальная непереносимость и детский возраст. И опять побочных эффектов больше у препаратов, содержащих действующие вещества барвинка малого.

Всасывание всех этих препаратов происходит в желудочно – кишечном тракте. Выводятся они в основном с мочой (80 - 95%) и только небольшое количество (5 - 35%) с калом. Это отражено в таблице 2.

Таблица 2. Сравнительный анализ всасывания, выведения и биодоступности препаратов: Винпоцетин, Кавинтон, Танакан, Билобил, Гинкоум

№	Название	Всасывание	Выведение	Биодоступность
1	Винпоцетин	в желудочно – кишечном тракте	почками – 80% кишечником – 20%	60%
2	Кавинтон	в желудочно – кишечном тракте	почками – 80% кишечником – 40%	7%
3	Танакан	в желудочно – кишечном тракте	с мочой – 95%	80 – 90%
4	Билобил	в желудочно – кишечном тракте	с мочой – 80% кишечником – 40%	80 – 90%
5	Гинкоум	в желудочно – кишечном тракте	с мочой – 95% с калом – 5%	98 – 100%

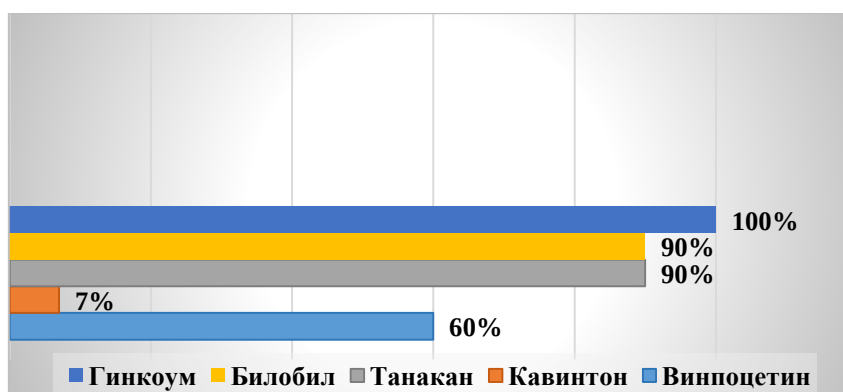


Рисунок 1. Сравнительный анализ биодоступности препаратов: Винпоцетин, Кавинтон, Танакан, Билобил, Гинкоум

Что касается биодоступности, то она самая высокая у лекарственных средств, содержащих действующие вещества гинкго билоба, до 100%. У препарата Гинкоум она составляет 98 – 100%, у препаратов Танакан, Билобил – по 80 – 90%. Гораздо ниже биодоступность препаратов, содержащих действующие вещества барвинка малого. У Винпоцетина она 60%, а у Кавинтона только 7% (рисунок 1).

При этом они оказывают небольшое количество побочных эффектов в сравнении с синтетическими препаратами той же группы.

Был проведен анализ ассортимента фитопрепаратов Кавинтон и Винпоцетин по количеству, по производителю, по лекарственной форме, анализ ценовой политики на них в аптечных сетях города Ставрополя. Для исследования были выбраны три аптечные сети: ООО «БИОЛЮКС», ООО «Социальная аптека», ООО «МЕЛЗДРАВ».

В ассортименте этих аптечных сетей преобладали препараты Кавинтон и Винпоцетин, чуть меньше было препаратов: Танакан, Билобил и Гинкоум.

Выяснилось, что отечественных фитопрепаратов, применяемых для профилактики и лечения атеросклероза головного мозга на 20 % меньше, чем импортных. 40% фитопрепаратов выпускается отечественными производителями и 60% - зарубежными (рисунок 2).

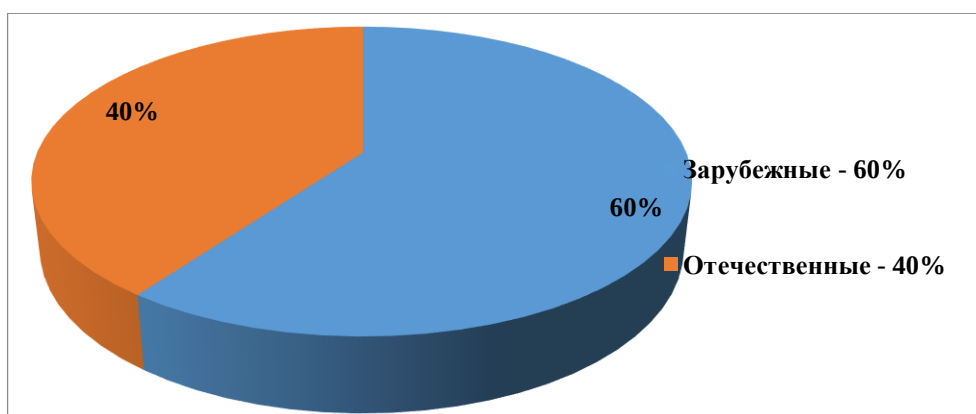


Рисунок 2. Ассортимент фитопрепаратов

Производителем препаратов Кавинтон и Винпоцетин является Венгрия. Винпоцетин к тому же производят компании и в России, и в Венгрии,

и в Индии. Препараты Билобил и Гинкоум – российского производства. Танакан выпускают фармацевтические заводы Франции.

Препараты Кавинтон и Винпоцетин в основном выпускаются в таблетках и в ампулах, Танакан – в таблетках, а Билобил и Гинкоум -в капсулах. Таким образом большая часть этих препаратов производится в твердых лекарственных формах- таблетках и капсулах (80%), что, несомненно, является более удобным для применения (рисунок 3).

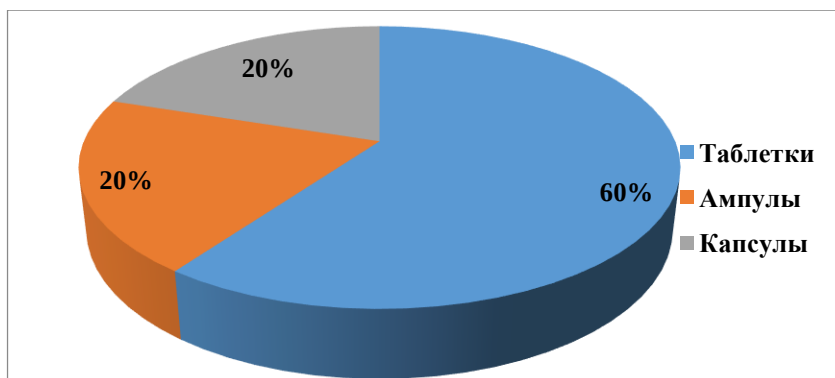


Рисунок 3. Ассортимент фитопрепаратов по лекарственной форме

Изучив ценовую политику на эти препараты, пришли к выводу, что самыми недорогими препаратами во всех трех аптеках являются таблетки Винпоцетин и Кавинтон, а самым дорогим – французский препарат Танакан. Амплитуда колебания цен варьирует от 100 рублей до 790 рублей и составляет в среднем 690 рублей. Их основная доля находится в ценовом сегменте «150 рублей и выше».

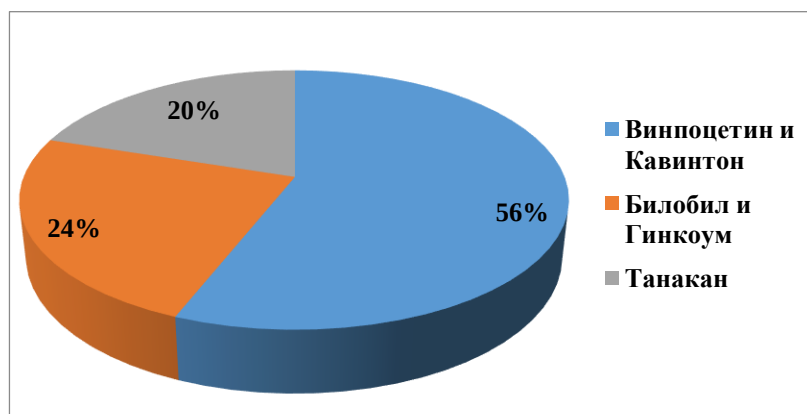


Рисунок 4. Спрос на фитопрепараты: Винпоцетин, Кавинтон, Танакан, Билобил, Гинкоум

Анализ спроса на эти препараты показал, что наибольший процент покупок приходится на препараты Кавинтон и Винпоцетин в таблетках (56%),

их чаще всего рекомендуют врачи. На Билобил и Гинкоум приходится 24%. Наименее спрашиваемым препаратом был Танакан (20%), по всей видимости из-за высокой цены (рисунок 4).

В результате исследований можно сделать следующее заключение:

- В настоящее время смертность от атеросклероза сосудов головного мозга, по сравнению с другими причинами смерти, в России занимает первое место и продолжает расти.

- В связи с этим на фармацевтическом рынке появляется все больше и больше лекарственных препаратов синтетического происхождения, применяемых для лечения, которые помимо положительного эффекта, вызывает и ряд побочных явлений.

- Именно поэтому врачи рекомендуют фитопрепараты, применяемые для профилактики и лечения атеросклероза головного мозга. Так как они уменьшают уровень, синтез, всасывание холестерина, обладают комплексным действием, не вызывают привыкания, зависимости.

- Лекарственные средства: Винпоцетин, Кавинтон, Танакан, Билобил, Гинкоум являются фитопрепаратами, содержат действующие вещества барвинка малого и гинкго, обладают: психостимулирующим, ноотропным, антигипоксическим, сосудорасширяющим, улучшающим мозговое и периферическое кровообращение действием. В основном имеют высокий уровень биодоступности. При этом они оказывают небольшое количество побочных эффектов в сравнении с синтетическими препаратами той же группы.

- Эти фитопрепараты были в ассортименте всех аптечных сетей в том или ином количестве. Они выпускаются в основном в твердых лекарственных формах (таблетках и капсулах). Большая часть этих препаратов импортного производства. Их основная доля находится в ценовом сегменте «150 рублей и выше», хотя большим спросом пользуются препараты ценового сегмента «от 50 до 150 рублей».

- В увеличении уровня продаж важную роль играет консультирование фармацевтического работника аптеки, который должен давать полную информацию о применении, механизме действия, противопоказаниях и эффективности фитопрепаратов данной группы.

Список использованных источников

1. Гогин Е. Е., Сененко А. Н., Тюрин Е. И. Артериальная гипертензия. — Л.: Медицина, 2016, - 36-41 с.
2. Государственная фармакопея Российской Федерации / МЗ РФ. — XIII изд. — Т.2. — Москва, 2015 г., - 165-167 с.
3. Жохова Е.В. Фармакогнозия, 2018 г, - 49 - 54 с.
4. Лекарственные растения, сырье и фитопрепараты: учебное пособие для студентов очного и заочного отделений фармацевтического факультета: в 2 частях /В.Н.Тихонов, Г.И.Калинкина, Е.Н.Сальникова. - Томск – 2017. – Часть 2., - 27-31 с.
5. Лекарственные средства растительного происхождения: Справочное пособие / А.С.Васильев, Г.И.Калинкина, В.Н. Тихонов. - Томск, 2017, - 21 - 29 с
6. Машковский М. Д. Лекарственные средства / М.: «Медицина», 2018, - 84-86 с.
7. Медицинский журнал «СосудИнфо», Сазыкина О.Ю. «Атеросклероз сосудов головного мозга» - 2020[Электронный ресурс] Режим доступа: [htt://sosudinfo.ru/](http://sosudinfo.ru/)
8. Павлов И. А. Современные лекарственные средства: Справочник / М.: ООО «Издательство АСТ», СПб.: ООО «Сова», 2018, - 35 - 38 с.
9. Справочник VIDAL Редактор: Толмачева Е.А. Издательство: Видаль Рус, 2020. – 132-138 с.
10. Фармакотерапия и стандарты лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы и аиеросклероза, руководство / В. С. Волков, Г. А. Базанов. - Москва: МИА, 2016, - 79-82 с.

ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ

В последнее время вырос интерес к растворам высокомолекулярных соединений и коллоидных растворов. Эта группа лекарственных веществ владеет высокой биодоступностью, они не токсичны, что позволяет использовать их в гинекологии, офтальмологии, оториноларингологии, гастроэнтерологии, в педиатрической и гериатрической практике.

Растворы ВМС – устойчивые системы, однако, при определенных условиях возможно нарушение устойчивости, что приводит к высаливанию, коацервации, застудневанию. Поэтому для технолога очень важны знания об интенсивности взаимодействия между частицами дисперсной фазы и дисперсионной среды, так как это существенно влияет на выбор способа приготовления лекарственного препарата. Рациональное соединение действующих веществ, способов их введения и приготовления позволяет создавать высокоэффективные лекарственные препараты. Этим объясняется практическая необходимость анализа особенностей приготовления и оценки качества растворов высокомолекулярных соединений.

Итак, что представляют собой высокомолекулярные соединения?

Высокомолекулярными соединениями называются природные или синтетические вещества с молекулярной массой от нескольких тысяч (не ниже 10-15 тысяч) до миллиона и более. Их классифицируют следующим образом:

1) по источникам получения:

- ✓ природные – белки, полисахариды;
- ✓ синтетические – поливиниловый спирт, поливинилпирролидон;
- ✓ полусинтетические – производные целлюлозы (метилцеллюлоза, натрий-карбоксиметилцеллюлоза)

2) по применению:

- ✓ фармацевтические субстанции – пепсин, трипсин, панкреатин;

✓ вспомогательные вещества, используемые в производстве различных лекарственных форм – основы для мазей, пленкообразователи, стабилизаторы суспензий и эмульсий;

3) по способности к растворению:

- ✓ ограниченно набухающие;
- ✓ неограниченно набухающие.

Различают высокомолекулярные соединения со сферическими (глобулярными) молекулами. К ним относятся, например, гемоглобин, гликоген, пепсин, трипсин, панкреатин. Обычно это порошки, при растворении практически не набухающие. Их растворы обладают высокой вязкостью. Они подчиняются законам диффузий и осмотического давления Вант-Гоффа.

Молекулы многих высокомолекулярных соединений резко анизодиаметричны. Они имеют линейное строение, при этом длина молекулы значительно больше поперечника. Например, длина молекулы целлюлозы 400-500 нм, а поперечник – 0,3-0,5 нм. К ним относятся желатин, коллаген, целлюлоза и ее производные и т.д. Растворы таких высокомолекулярных соединений имеют сходство, как с истинными растворами низкомолекулярных веществ, так и с коллоидными растворами.

Высокомолекулярные соединения имеют свойства, как объединяющие их с растворами, так и существенно отличающие. Как и истинные, растворы высокомолекулярные соединения – гомогенные системы.

Все высокомолекулярные соединения, вследствие их большой молекулярной массы не летучи и не перегоняются с водяным паром. По этой же причине высокомолекулярные соединения весьма чувствительны к действию внешних факторов, например, разлагаются под действием кислорода, при нагревании размягчаются и не имеют определенной температуры кипения. У них температура разложения ниже температуры кипения.

Растворы высокомолекулярных соединений применяют в качестве лекарственных и вспомогательных веществ (основы для мазей и суппозиториев, стабилизаторы эмульсий, пролонгаторы, солибилизаторы).

При добавлении к растворам высокомолекулярных соединений других веществ и под воздействием факторов внешней среды могут наблюдаться следующие явления:

Высаливание – ухудшение растворимости высокомолекулярных соединений при понижении температуры и добавлении электролитов. При высаливании главную роль играет гидратируемость ионов. Из катионов значительным высаливающим действием обладают ионы натрия и калия. Высаливающим действием обладают также спирт и глицерин.

Для предупреждения высаливающего действия указанных веществ их предварительно растворяют в воде и в виде водного раствора прибавляют к раствору высокомолекулярного соединения.

Коацервация - расслаивание системы на 2 слоя – концентрированный раствор высокомолекулярного соединения в растворителе и разбавленный раствор высокомолекулярного соединения в растворителе. Происходит под действием тех же факторов, что и высаливание.

Желатинирование (застудневание) – это переход раствора из свободнодисперсного состояния в связнодисперсное (гель). Переход сопровождается полной утратой текучести. Наблюдается при воздействии низких температур.

Синерезис – процесс застудневания самого геля, когда из студня выделяется вода. При нагревании растворов систему можно восстановить, например, раствор желатина восстанавливает свою текучесть.

Факторы, вызывающие эти процессы:

1. Значительное количество электролитов.
2. Этанол, глицерин, сахарный сироп, гигроскопичные вещества.

Низкая температура. Растворение зависит от структуры молекулы высокомолекулярного соединения:

1. с глобулярной структурой. Протекает, как и растворение низкомолекулярных соединений. Макромолекулы легко гидратируются и диффундируют в воду. Такие высокомолекулярные соединения называют неограниченно набухающими. Стадия набухания не выражена, самопроизвольно происходит растворение. К таким веществам относят пепсин, растительные экстракты и др.

2. с линейной структурой. Имеют 2 стадии:

I. Ограниченное набухание. Это явление характерно только для высокомолекулярных соединений и никогда не наблюдается у низкомолекулярных веществ. Высокомолекулярное соединение поглощает воду, увеличивается его масса и объем.

На этой стадии происходит:

А. Диффузия воды в высокомолекулярные вещества.

Б. Гидратация полярных групп макромолекул и образование гидратной оболочки.

В. Ослабление межмолекулярных связей.

II. Собственно растворение. Наступает лишь при определенных условиях. На этой стадии: рвутся водородные связи между макромолекулами, высокомолекулярные вещества диффундируют в воду (ограничено набухание). Набухание самопроизвольно не переходит в растворение.

Оценка качества растворов высокомолекулярных веществ проводится по общим правилам:

Обязательные виды контроля: письменный, органолептический и контроль при отпуске;

Выборочно проводится: физический, химический и опросный контроль.

Растворы высокомолекулярных соединений занимают промежуточное положение между истинными растворами низкомолекулярных соединений и гетерогенными системами. Они широко применяются в фармации в качестве фармацевтических субстанций и вспомогательных веществ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИТАМИННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

На фармацевтическом рынке России имеется огромный выбор биологически активных добавок (БАД), которые предназначены для разных целей и самых широких слоев потребителей.

Для аптеки биологически активные добавки остаются наиболее важной категорией нелекарственного ассортимента. Это обусловлено тем, что цены на данную категорию товаров не регулируются государством, поэтому их реализация приносит основную прибыль аптеке. БАД реализуются чаще всего через отделы безрецептурного отпуска, некоторые аптеки организовали для их реализации специальные отделы парафармацевтической продукции.

Для фармацевта очень важно разграничивать понятие лекарственного средства (ЛС) и БАД, так как зачастую состав и действие, указанное на упаковках данных средств практически аналогично. Однако Роспотребнадзор в законодательных актах указывает на то, что биологически активные добавки к пище не являются лекарствами и поэтому не могут использоваться для лечения каких-либо заболеваний. В этой связи проведен сравнительный анализ состава и действия БАД и лекарственных средств на примере витаминных препаратов.

Согласно определению, данному МЗ РФ, биологически активные добавки к пище - это природные и (или) идентичные природным биологически активные вещества, а также пробиотические микроорганизмы, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевой продукции. Биологически активные добавки к пище, являясь дополнительными источниками биологически активных веществ, в том числе аминокислот, пищевых волокон, витаминов и минеральных веществ,

способствуют ликвидации дефицита макро- и микронутриентов, оптимизации пищевого рациона.

Традиционно все существующие на сегодняшний день биологически активные добавки подразделяют на три группы: нутрицевтики, парафармацевтики и эубиотики. Конечной целью использования нутрицевтиков является улучшение пищевого статуса человека, укрепление здоровья и профилактика ряда заболеваний; парафармацевтиков - профилактика и вспомогательная терапия различных патологических состояний и регуляция деятельности организма в границах функциональной активности. Эубиотики содержат живые микроорганизмы и их метаболиты, оказывают нормализующее воздействие на состав и биологическую активность микрофлоры и моторику пищеварительного тракта.

Несмотря на схожесть составов БАД и некоторых лекарственных препаратов, есть и веские отличия:

- БАД специфически поддерживают организм в физиологических пределах, то есть выступают как вспомогательные вещества в комплексной терапии;
- БАД рекомендуются как источник нутриентов, некоторых веществ и минералов; лекарственные препараты используются согласно показаниям к применению;
- лекарственные средства содержат терапевтическую дозу действующего вещества, а БАД — физиологическую; при этом суточная доза БАД не превышает разовую терапевтическую и не более 60 % от терапевтической дозы;
- способ применения, состав и форма выпуска (БАД принимается только перорально); самая биодоступная форма БАД — жидкая — суспензия, эмульсия, сироп; потом капсулы и таблетки;
- потребление — употреблять БАД может любой человек, предварительно прочитавший инструкцию и ознакомившийся с противопоказаниями;

➤ рекламная кампания — БАД не имеют ограничений в рекламе, в отличие от лекарственных препаратов, которые продаются в аптеках строго по назначению врача.

Одними из наиболее популярных в нашей стране БАД остаются нутрицевтики. Прежде всего – это микронутриенты, содержащие витамины и минеральные вещества. Актуальность их использования обусловлена тем, что дефицит витаминов в питании часто приводит к клиническим проявлениям гиповитаминоза.

В зависимости от позиционирования можно выделить следующие группы витаминных БАД:

1. Общеукрепляющие. БАД, предназначенные практически для всех взрослых потребителей в качестве универсальных средств витальной поддержки. Некоторые БАД этого среза содержат только витамины (например, Сана-Сол), однако большая часть сочетает широкую гамму витаминов с минералами (Алфавит, Центрум А-Zn, Витаминерал, Витабс и др.).

2. Детские витамины. БАД общеукрепляющего плана с поддерживающими дозировками витаминов и минералов, рассчитанными на организм ребенка.

3. Витамины для беременных и кормящих женщин. Данные витаминно-минеральные комплексы появляются во всем большем числе линеек БАД: Санасол (Для беременных и кормящих), Алфавит (Мамино здоровье), Центрум (Матерна) и др.

4. Витамины для глаз. Отметим, что круг «офтальмологических» наименований в сегменте БАД шире, чем в лекарственной нише: Оковит, Алфавит Оптикум, Доппельгерц Актив с Лютеином, Дуовит Зрение и др.

5. Витамины для суставов. В эту группу входят различные БАД на основе витамина D3 в сочетании с кальцием (Кальцид, Горный кальций, Пивные дрожжи с кальцием, магнием и D3 и др.).

6. Витамины для красоты волос, кожи и ногтей, включающий такие наименования, как Алфавит Косметик, Дуовит Шарм, Перфектил, Нутрикап и др.

7. Витамины для сердца и сосудов: Доппельгерц VIP кардио система, Софора + Витамины для сосудов и др.

У всех перечисленных групп витаминов есть «аналоги» в лекарственном витаминном сегменте.

В ходе данного исследования проведен сравнительный анализ инструкций по применению витаминного комплекса «Супрадин» и БАД «Алфавит классик». Оба препарата содержат комплекс витаминов и минералов, выпускаются в виде таблеток.

Сравнительный анализ состава данных препаратов показал, что в БАД содержание витаминов близкое к норме, что обусловлено основной целью применения – поддержание функций организма в норме (табл. 1).

Таблица 1. Содержание витаминов в ЛС и БАД

Витамины	Супрадин	Алфавит	Физиологическая норма
ретинола пальмитат (вит. А)	3333 МЕ	0,5 мг	0,9 мг
α-токоферола ацетат (вит. Е)	10 мг	10 мг	10 мг
колекальциферол (вит. D)	500 МЕ	5 мкг	15 мкг
аскорбиновая кислота (вит. С)	150 мг	35 мг	100 мг
тиамина мононитрат (вит. В ₁)	20 мг	1,5 мг	1,5 мг
рибофлавин (вит. В ₂)	5 мг	1,8 мг	1, 8 мг
кальция пантотенат (вит. В ₅)	11.6 мг	5 мг	5 мг
пиридоксина гидрохлорид (вит. В ₆)	10 мг	2 мг	2 мг
фолиевая кислота (вит. В ₉)	1 мг	100 мкг	400 мкг
цианокобаламин (вит. В ₁₂)	5 мкг	3 мкг	3 мкг
никотинамид (вит. РР)	50 мг	20 мг	20 мг
биотин (вит. Н)	250 мкг	50 мкг	50 мкг

Сравнительный анализ минералов, входящих в состав Супрадина и Алфавита показал, что их содержание в БАД выше и состав шире, чем в лекарственном препарате (табл. 2).

Таблица 2. Содержание минералов в БАД и ЛС

Минералы	Супрадин	Алфавит
кальций (в форме кальция фосфата и кальция пантотената)	51.3 мг	100 мг
магний (в форме магния оксида и магния стеарата)	21.2 мг	50 мг
фосфор (в форме кальция фосфата)	23.8 мг	-
железо (в форме железа сульфата сухого)	10 мг	14 мг
медь (в форме меди сульфата)	1 мг	1 мг
цинк (в форме цинка сульфата моногидрата)	500 мкг	15 мг
марганец (в форме марганца сульфата моногидрата)	500 мкг	2 мг
молибден (в форме натрия молибдата дигидрата)	100 мкг	45 мкг
хром	-	50 мкг
селен	-	70 мкг
йод	-	150 мкг

При сравнении показаний и противопоказаний исследуемых средств выявлено, что у лекарственного средства Супрадин шире список показаний, противопоказаний и побочных эффектов, что обусловлено более высокой концентрацией витаминов (табл. 3).

Противопоказания к применению Супрадина:

- гипervитаминоз витамина А;
- гипervитаминоз витамина D;
- нарушение обмена железа и меди;
- гиперкальциемия;
- выраженная гиперкальциурия;
- почечная недостаточность;
- период лечения ретиноидами;
- дефицит сахаразы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (для таблеток, покрытых оболочкой);
- детский возраст до 12 лет;

- аллергическая реакция на арахис или сою (для таблеток, покрытых оболочкой);
- повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Противопоказания к применению Алфавита: повышенная чувствительность к компонентам используемого продукта, одновременное применение лекарственных препаратов и БАД, содержащих компоненты используемого продукта.

Таблица 3. Показания, противопоказания и побочные эффекты
Супрадина и Алфавита

	Супрадин	Алфавит
Показания к применению	Для профилактики и лечения гиповитаминозов и недостатке минеральных веществ, в т.ч.: • при неполноценном и несбалансированном питании (диеты); • при повышенных физических и умственных нагрузках; • в период выздоровления после продолжительных и/или тяжело протекающих заболеваний, в т.ч. инфекционных; • комплексной терапии хронического алкоголизма, при назначении антибиотикотерапии, химиотерапии.	Для профилактики гиповитаминозов и дефицита минералов, при неполноценном и несбалансированном питании, для сезонной профилактики гиповитаминозов.
Побочное действие	Аллергические реакции: сыпь, отек лица, одышка, покраснение кожи, зуд, волдыри, шок. В случае возникновения аллергической реакции следует прекратить прием препарата и обратиться к врачу. Со стороны пищеварительной системы: боли в желудке, кишечнике, запор, диарея, тошнота, рвота. Со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, бессонница, нервозность. Со стороны обмена веществ: гиперкальциурия.	Возможно: аллергические реакции.

При сравнении цен на исследуемые средства оказалось, что витаминный лекарственный препарат Супрадин в виде таблеток № 60 имеет ценовой диапазон от 1500 до 1650 рублей, а БАД Алфавит классик № 60 от 370 до 515 рублей. Однако, Алфавит принимается в день по 3 таблетки (белую, розовую и голубую), поэтому упаковки в 60 таблеток хватит на 20 дней, на 60

дней 3 упаковки будут иметь стоимость – 1110-1545 рублей. Т. е. цены на данные средства практически одинаковые.

По результатам проделанной работы сделаны следующие выводы и заключения:

1. Биологически активные добавки могут использоваться для профилактики ряда заболеваний, обогащать пищевой рацион необходимыми для жизнедеятельности веществами, поддерживать организм в период физических, психических и др. нагрузок.

2.оборот, производство и качественные характеристики БАД регулируются государством.

3. БАД не являются лекарственными средствами, имеют существенные отличия в составе и дозировках с ЛС, но они имеют общую концепцию по улучшению качества жизни потребителей. Главным отличием БАД является отсутствие подтвержденной эффективности действия.

4. При сравнении витаминных БАД и лекарственных препаратов, содержащих витамины, сделано заключение, что в БАД содержание витаминов близкое к норме, что обусловлено основной целью применения – поддержание функций организма в норме. Они имеют меньше побочных эффектов и противопоказаний, показания к применению только профилактика гиповитаминозов, но не их лечение. Цена на БАД «Алфавит классик» аналогична стоимости лекарственного средства «Супрадин».

Волчек Анна

Руководитель преподаватель Л.А. Крылова

АНАЛИЗ СЕГМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Различные фармацевтические компании предлагают новое поколение косметических средств, представляющих собой синтез косметологии, биохимии, физиологии и фармацевтики. Основываясь на многовековые традиции использования экстрактов растений и лечебных трав, издавна известных своими целебными свойствами и опираясь на новейшие научные

разработки в области косметологии, была создана космецевтическая линия, отвечающая самым изысканным запросам женщин. К космецевтическим относят средства, содержащие биологически активные вещества, которые не являются лекарственными в определенных концентрациях. При этом космецевтики обладают функциональными, измеряемыми лечебными и профилактическими свойствами. Космецевтики уже надо рассматривать как препараты, затрагивающие как внешность, так и структуру/функцию кожи или других тканей. Действие средств лечебной косметики (космецевтиков) основано на применении высокоактивных веществ, которые в определенных концентрациях могут иметь лечебный эффект.

При большом многообразии веществ существуют основные компоненты, входящие в состав космецевтики, наиболее часто используемые различными компаниями и обуславливающие определенный целенаправленный эффект. К ним относятся:

1. Группа керамидов, представляющих собой жирные кислоты растительного происхождения
2. Бета-глюкан, присутствующий в грибах, дрожжах, зерновых культурах
3. Аминокислоты — являясь биологическими стимуляторами
4. Вытяжка из плодов и других частей кустарника Гаммамелис.
5. Природный полисахарид хитозан — ингибирует воспалительные процессы и повышает регенерацию клеток поврежденных участков тканей.
6. Экстракты из морских водорослей — улучшают микроциркуляцию
7. Фруктовые альфа-гидроксикислоты (АНА) и гиалуроновая кислота.
8. Витамин “Е” и “С”, являющиеся антиоксидантами.
9. Витамины “К”, “F”, группы “В”, микроэлементы селен, цинк и другие.

Ультрафиолетовые фильтры

Всю продукцию данного класса можно разделить на три самостоятельные группы:

1. масс-маркет
2. селективная косметика
3. лечебная косметика

Товары группы масс-маркет доступны большинству потребителей и предназначаются для качественного ухода за нежной кожей лица, рук и ног, а также за волосами и ногтями. Этот вид косметики продается не только в аптеках, но и в специализированных магазинах.

Аптечная косметика селективная – элитная продукция, производители которой часто выпускают новые линии, рассчитанные на определенные состояния кожи, волос и ногтей. Это удовольствие не из дешевых, а потому доступно далеко не всем потребителям. Средняя цена составляет 800 рублей за упаковку. Примером такой косметики может послужить Vichy Laboratories.

Лечебная аптечная косметика используется для профилактики и лечения определенных видов заболеваний кожи, волос, ногтей. Она содержит в своем составе биологически активные добавки.

Рейтинг самых популярных брендов: **Пальму первенства** продаж во всем мире среди тех, кто пользовался космоцевтикой, уже не один год держит бренд Vichy. Аптечную косметику Vichy ценят за ее главный компонент – термальную воду. **Второе место** со значительным отрывом досталось компании La Roche-Posay. Средства этой линии особенно хороши для чувствительной кожи, они не вызывают аллергической реакции, наносятся очень легко и не забивают кожные поры. Компания Lierac всего лишь доли процента уступила Ла Рош-Позе и **заняла третье место**. Ее продукция пользуется достаточно высоким спросом, так как содержит натуральные растительные компоненты.

Не отстают и отечественные производители, по мнению большинства потребителей, лучшими марками косметики по критерию «хорошее качество» являются следующие бренды:

«Natura Siberica» (Натура Сиберика) - Компания стала лидером на российском косметическом рынке среди русских производителей, а также она занимает пятое место среди зарубежных.

«Чистая линия» - Марка относится к крупнейшему российскому косметологическому концерну «Калина».

«Черный жемчуг» - Косметика этого бренда входит в тройку самых востребованных покупателями. В основном марка завоевала доверие, из-за полноценного комплекса для ежедневного ухода за кожей.

«Сто рецептов красоты» - Эта марка косметики, как и «Чистая линия», и «Черный жемчуг», основана на натуральном сырье. Бренд представляет собой средства, созданные по народным рецептам.

Плюсы средств космецевтики из аптек: их гипоаллергенность, высокое качество очистки, отсутствие навязчивых отдушек и ароматов, маскирующих запах химикатов, отсутствие консервантов, гарантия клинических испытаний, борьба с недостатками кожи, а не маскировка, могут использоваться как лечебные препараты в период обострения заболеваний или как профилактические средства, способствуют эффективному лечению акне, устранению гиперпигментации, морщин.

К недостаткам космецевтики, судя по отзывам бывалых пользователей и специалистов, относят: недостаточно роскошна и приятна текстура косметических средств, отсутствует привлекающий аромат (так как не являются приоритетом для производителя), сравнительная дороговизна, длительное использование космецевтики для достижения результата, в то время как многие фармкомпании выпускают ее в маленькой таре.

Не стоит ждать от космецевтики существенного лечебного действия, поскольку это все же косметические, а не медицинские, препараты. Чтобы подобрать наиболее подходящую аптечную косметику, необходимо обратиться к дерматологу или профессиональному косметологу за консультацией.

Таким образом, исследование рынка и потребительских предпочтений позволили сделать вывод, что рынок косметических средств по уходу за кожей достаточно насыщен, продукция имеет довольно широкий ценовой интервал, что позволяет потребителю выбирать продукцию в соответствии с его платежеспособностью. Увеличение и расширение доли косметических товаров в ассортименте аптек повлечет и предоставление дополнительного сервиса, связанного с реализацией косметической продукции (наличие консультантов, услуги по диагностике кожи, консультации врача-дерматолога и др.).

Дзыба Амина

Руководитель преподаватель И.И. Решетова

АНАЛИЗ СЕГМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ТОВАРОВ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА

За последние годы фармацевтический рынок России претерпел колоссальные изменения: значительно увеличилась номенклатура лекарственных средств, расширилась номенклатура гомеопатических препаратов, пополнился ассортимент медицинских изделий, появились новые виды продукции, как биологические добавки к пище, лечебная косметика и так далее, все это входит в понятие «дополнительный аптечный ассортимент». Дополнительный аптечный ассортимент - это сопутствующие лекарственные средства и медицинские изделия, предназначенные для профилактики, лечения заболеваний, облегчения состояния человека, ухода за частями тела.

Между тем нельзя не отметить, что ассортимент аптек отличается разнообразием, большим удельным весом товаров, предназначенных для профилактики заболеваний и сохранения здоровья, а также возможностью приобрести в одном месте самые разные товары. Специфичность торгового ассортимента аптек позволяет существенно, качественно и количественно, улучшить удовлетворение потребности в доступных лекарственных средствах, медицинских изделиях и других товарах, привить потребителям товаров и услуг навыки здорового образа жизни. В зависимости от состояния

здоровья человека фармакологические средства можно условно классифицировать по следующим критериям

- для человека, ощущающего себя здоровым;
- для человека, ощущающего болезненное состояние;
- для улучшения здоровья больного человека.

Результатах эпидемиологического исследования здоровья населения, позволяют выделить следующие группы населения:

- 1) здоровые с достаточными адаптационными резервами (3%);
- 2) лица в донозологических состояниях с напряжением адаптации (17%);
- 3) лица в переморбидных состояниях со сниженными возможностями к адаптации (44%);
- 4) дезадаптированные лица (36%).

Соответственно предложенная классификация включает четыре класса валеофармацевтических препаратов: 1 – адаптогены, 2 – протекторы, 3 – корректоры, 4 – фармакотерапевтические средства.

Используя эту классификацию, можно выделить 6 групп фармакологических средств:

- 1) средства общетонизирующего действия и биогенные стимуляторы;
- 2) поливитаминные препараты и минеральные вещества;
- 3) гомеопатические средства;
- 4) биологически активные добавки к пище (БАД);
- 5) фитосредства;
- 6) энтеросорбенты.

Таким образом, определенный сегмент потребителей активно воздействует на свое здоровье, применяя для оздоровления препараты одной группы или комбинацию из препаратов нескольких групп оздоравливающих средств. При этом 55% опрошенных потребителей считают, что качество их жизни улучшилось в результате применения валеофармацевтических средств, а 45% не заметили изменений или не применяли такие средства. Очень многие посетители аптек, используют биологически активные добавки к пище. БАД -

дополнительный источник пищевых и биологически активных веществ, для оптимизации углеводного, жирового, белкового, витаминного и других видов обмена веществ при различных функциональных состояниях, для нормализации и/или улучшения функционального состояния органов и систем организма человека. В основе использования добавок лежат некоторые принципы:

1. Принцип функциональности и системности. То есть воздействие должно иметь комплексный характер, так как в организме работа органов напрямую связана с питанием.

2. Принцип этапности. На разных стадиях заболевания желательно подбирать различные добавки. Например, на первых этапах необходимо срочно устранять симптомы болезни, а в завершение лечения устранять токсический эффект от приема лекарственных препаратов.

3. Принцип адекватности. Назначать БАДы необходимо, учитывая характер заболевания, особенности его протекания.

4. Синдромный принцип. Назначение биологических добавок должно производиться с учетом тех симптомов, которые ярко выражены.

5. Принцип оптимальности. При лечении или профилактике заболеваний дозировку необходимо подбирать индивидуально.

6. Принцип комбинирования. БАДы могут сочетаться с пищей и другими лекарственными препаратами.

Рекомендации по применению БАДов: несмотря на то что добавки не являются лекарственным средством, но существуют некоторые правила их приема.

1. Прием необходимо начинать с маленькой дозировки, чтобы посмотреть реакцию организма, а потом можно довести до рекомендованной врачом

2. Для более эффективного усвоения биологические добавки лучше принимать одновременно с пищей

3. Если в БАДе содержится кальций, то его употреблять лучше за полчаса до еды или после, чтобы не влиять на кислотность желудочного сока

4. Если БАД назначен в качестве тонизирующего средства, то желательно его принимать в первой половине дня, чтобы не нарушать ночной сон

5. БАДы, содержащие живые микроорганизмы, необходимо хранить в холодильнике и использовать между приемами пищи

6. Не стоит употреблять дозу больше, чем приписал врач, или той, что рекомендована на упаковке, нельзя одновременно принимать несколько видов

7. Хранятся биологические добавки в темном и сухом месте. Не в холодильнике, если это дополнительно не оговорено инструкцией по хранению

Теперь рассмотрим продукты питания. Продукты питания в аптечной организации условно можно разделить на две большие группы: питание для взрослых и детское питание. Самым большим спросом в аптеке пользуется отдел детского питания. Специализированные продукты питания в аптеке - это продукция для снижения веса, спортивное питание, экопродукты.

Чтобы гарантировать безопасное использование лекарственных препаратов, пищевых продуктов, государством принят целый свод нормативно-правовых актов, обязательных для исполнения. Они регламентируют и охватывают всю сферу обращения, начиная с производства и заканчивая транспортировкой и реализацией, вводя в оборот немалое количество сопроводительной и иной документации (удостоверение качества и безопасности, санитарно – эпидемиологическое заключение, сертификат соответствия (сертификат качества), свидетельство о государственной регистрации).

Подводя итог, можно сказать, что в связи с расширением товарной номенклатуры аптечных организаций в них появилось значительное число продукции «дополнительного» ассортимента. Это сопутствующие лекарственным средствам и медицинским изделиям, товары аптечного

ассортимента, предназначенные для профилактики, лечения заболеваний, облегчения состояния человека, ухода за телом. К ним относятся косметические товары, санитарно-гигиенические средства, БАДы, соки, минеральные воды, диетическое и детское питание и так далее. Сегодня мало кто сомневается в существовании взаимосвязи между здоровьем человека и особенностями его питания и образа жизни. Потребление высококачественных белков с повышенной питательной ценностью, жиров, обогащенных ненасыщенными жирными кислотами, и витаминов – прямой путь к сохранению здоровья, противодействию неблагоприятным факторам внешней среды. Поэтому возрастает спрос на лечебные и диетические продукты, БАДы. Ведь именно с такой категорией аптечного ассортимента уже работают все аптеки.

Аброткина Таисия

Руководитель преподаватель Романченко И.В.

АССОРТИМЕНТ СРЕДСТВ ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ПОТЕРЕ ВОЛОС В АПТЕКАХ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ

Проблема облысения обусловлена значительной распространенностью этого заболевания и низкой эффективностью существующей терапии. В структуре всех заболеваний волос удельный вес диффузной алопеции составляет более 80%, особенно часто вопрос потери волос и ухудшения их качества стал рассматриваться как осложнение после перенесенного ковида -19 В докладе рассматривается ассортимент наиболее действенных лекарственных средств и парафармацевтических продуктов применяемых для лечения алопеции, имеющиеся в наличии и доступные аптеках города Ставрополя.

Алопеция— 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 рубцовые и нерубцовые.

Наиболее часто встречается нерубцовая алопеция составляет от 80 до 95% всех заболеваний волос, подразделяется на:

1. Диффузную.
2. Очаговую, или гнездную, или круговидное облысение.
3. 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:

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), который 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, это такие препараты, как: «Ликоподиум» «Фосфорус» «Селен» Кали «Сульфурикум» «Флюорикум ацидум»

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 основном, в аптеках 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 в ассортименте аптек. 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, по ценам за одну единицу от 500 до 1800 рублей, в виде спрея и пены для наружного применения. Представленные 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

Также был проведен сравнительный анализ фармакологических характеристик, цен и лекарственных форм продуктов линии HairFOOD применяющихся при потере волос.

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 совместным предприятием корейского института Caregen и итальянской фармацевтической лаборатории Ambrosia Lab.

Эти средства отличаются от других. Основное отличие — отсутствие миноксидила — популярного в последнее время препарата в составе лосьонов для волос, имеющего побочные эффекты.

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 (этоо нижний ряд на слайде), так и для женщин (верхний ряд). Сыворотки HairFOOD

помогают при всех основных типах выпадения, подходят для укрепления, а также улучшают качество волос и усиливают их рост

Продукты линии HairFOOD при алопеции, которые есть в наличии в СберАптеке 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%).

В заключении надо сказать, что алопеция является безусловным показанием к началу использования Миноксидила. Встретить Миноксидил в качестве лечебного компонента можно в спреях Генеролон, Косилон и Алерана, Регейн, «Алерана», «Ревасил».

Анализ ассортимента средств от облысения в аптеках Ставрополя был проведен в апреле-мае 2023 года. В наличии 5 наименований препаратов, содержащих миноксидил в разных концентрациях (2%, 5%, 10% и 15%). Препараты предназначены для применения у мужчин (более высокие концентрации) и у женщин (более низкие концентрации) и в 2-х лекарственных формах.

Большинство препаратов миноксидила импортного производства, по ценам за одну единицу от 500 до 1800 рублей, в виде спрея и пены для наружного применения

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.

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.

АССОРТИМЕНТ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В АПТЕКАХ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ

Развитие медицинской науки не стоит на месте. И даже в таком, сегменте, как перевязочные материалы, появляются современные решения и технологии.

Использование различных видов перевязочных материалов обусловлено необходимостью защиты ран от инфекции, иммобилизации повреждённой части тела, осушения полостей и ран.

В докладе, освещены некоторые аспекты применения этой группы товаров, которые используются для лечения ран и ожогов и рассмотрен вопрос о доступности современных перевязочных средств в аптеках города Ставрополя.

Перевязочные средства - это продукция, представляющая собой волокна, нити, ткани, пленки, нетканые материалы и предназначенная для изготовления перевязочных средств. Перевязочные средства используется при операциях и перевязках для осушения операционного поля и раны, тампонады ран с целью остановки кровотечения и дренирования, для наложения повязок, защиты раны и обожженной поверхности от вторичного инфицирования и повреждений.

Они были известны еще в глубокой древности.

Во времена Гиппократ (460—377 гг. до н.э.) для удержания перевязочного материала употребляли липкий пластырь, смолы, холст.

Гален (130—200 гг. н.э.) написал руководство по наложению повязок.

В Средние века в Европе получила известность лейкопластырная повязка. В научной медицине доантисептической эры укрепилось положение о значении всасывающего действия повязок.

Современный фармацевтический рынок перевязочных средств, характеризуется значительным разнообразием видов. Существующее

многообразие повязок требует классификации для лучшего понимания их предназначения. В настоящее время отсутствует единая общепринятая классификация повязок. С нашей точки зрения, приведенная на данном слайде классификация повязок является одним из рациональных вариантов.

Ассортимент мажевых повязок в аптечных организациях достаточно широк и составляет около 50 товарных видов импортного и отечественного производства.

В качестве перевязочных средств используются не только традиционные материалы: марля, вата, но и современные перевязочные средства с хорошими гигиеническими свойствами отвечающие современным методикам лечения ран. Создание этих средств является результатом постоянных поисков новых перевязочных средств, способствующих быстрейшему заживлению раневых поверхностей Странами производителями брендов: Космопор, Дерматикс, Гидроколл, Гидротак. брандолинд, которые занимают большую часть ассортимента повязок для ран Германия, США, Чехия.

Перевязочные материалы, в частности специальные, современные повязки для ран, относятся к сегменту парафармацевтической продукции. Ассортимент этой продукции в последние годы значительно расширился. Расширение ассортимента специальных повязок для ран объясняется широтой и удобством использования.

Производителями брендов Вариант, ВоскоПран, Пара пран, Гелепран, Клиinsa, Активтекс являются Российские фармпредприятия. Ассортимент перевязочных средств в настоящее время достаточно широк. Они также используются в хирургической и травматологической практик. Отечественные материалы нового поколения, по своим фармхарактеристикам мало отличаются от импортных. Но у них менее выражен заживляющий эффект и более короткий срок допустимого нахождения на ране. В связи с постепенным изменением структуры спроса и ростом потребности в качественных изделиях, российские компании начинают повышать качество своих изделий.

В ассортименте аптек Ставрополя доступны для приобретения 55 позиций данной категории. Она включает следующие лекарственные формы перевязочных материалов и средств. Таким образом перевязочные средства подразделяются на следующие виды:

- ✓ Антитибактериальные
- ✓ Витаминизированные
- ✓ Восстановительные
- ✓ Компрессионные

По статистическим данным с 2021 года продажи перевязочных средств составляют примерно 15,2% объема продаж медицинских товаров.

Одним из весомых критериев выбора какого-либо перевязочного средства, зачастую является помимо удобства применения, это стоимость продукта.

В соотношении отечественных и импортных производителей перевязочных средств, в частности мазевых повязок для ран по наличию в ассортименте преобладают импортные средства, несмотря на их достаточно высокую цену.

Современные технологии позволяют создавать комплексные мазевые, гелевые, адсорбирующие повязки для ран различной этиологии с различными осложнениями. С помощью современных фармацевтических технологий сегодня можно заниматься настоящим дизайном этой категории товаров с расширенной специфичностью.

По результатам проведенного анализа фармакологических свойств, ассортимента и ценовой доступности различных повязок для ран имеющихся в наличии были получены следующие результаты:

- ✓ Около 40% пациентов приобретают перевязочные средства, в числе прочих покупок.
- ✓ На первом месте по спросу перевязочных средств находилась категория «повязки для ран».

✓ Подробный анализ по производителям показал, что приобретаются в основном, препараты зарубежных производителей несмотря на достаточно высокую цену этих парафармацевтических товаров.

✓ Изучение цен на ассортимент перевязочных материалов показало, они имеют различный уровень цен от 245 рублей до 7000 рублей.

Вывод: в аптеках Ставрополя следует расширить ассортимент перевязочных средств, в частности повязок для ран в сторону более доступных по цене товаров отечественных производителей.

А.И. Шуваева

Руководитель преподаватель Бочарова Л.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОРЧ – ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Аббревиатура Т.о.Р.С.Н. появилась из первых букв латинских названий наиболее опасных для плода инфекций – токсоплазменная инфекция — краснуха — цитомегаловирус — герпес. Это классические инфекции. Кроме них, также говорят о таких инфекциях, как парвовирусная, листериоз, гепатиты В и С и некоторые другие. В большинстве случаев первая встреча с TORCH-инфекцией происходит в детском и юношеском возрасте – это называется первичным инфицированием, после которого остается иммунная защита. Если организм встречается с инфекцией повторно, это называют вторичной инфекцией или реинфекцией. При беременности опасно первичное заражение какой-либо из группы TORCH-инфекцией. То есть встреча с той инфекцией, к которой не выработался иммунитет. Такое заражение сопровождается выраженной циркуляцией в крови микробов, которые могут попадать в организм ребенка.

Особенность TORCH-инфекций состоит в том, что при заражении ими женщины во время беременности они могут оказывать пагубное действие на все системы и органы плода, особенно на его центральную нервную систему, повышая риск выкидыша, мертворождения и врожденных уродств ребенка. На

перинатальные инфекции приходится примерно 2 - 3% всех врожденных аномалий плода. Часто заражение беременной женщины инфекциями TORCH-комплекса является прямым показанием к прерыванию беременности. Исследование проводилось в рамках студенческого научно-исследовательского кружка под руководством преподавателей.

Цель исследования: Изучить методы диагностики инфекций TORCH-комплекса и провести их сравнительный анализ.

Было проведено исследование – отобраны результаты обследования 15 беременных женщин (срок беременности 20 недель), обратившихся в КДЛ ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница» в течение 1 месяца.

Анализу подверглись 2 вида лабораторных исследований: молекулярно-генетические методы (соскоб из цервикального канала на ДНК вирусов и простейших или венозная кровь), иммуноферментные методы (определение IgG, IgM).

При обследовании на токсоплазмоз из 15 беременных у 9 обнаружены IgG, у 1 беременной IgM, молекулярно-генетические методы не обнаружили присутствия простейших, возбудителей токсоплазмоза. Полученные данные свидетельствуют о том, что 9 из 15 женщин были инфицированы токсоплазмой до наступления беременности и имеют антитела к данной инфекции. Только у 1 беременной обнаружены IgM, что свидетельствует о более позднем времени заражения. Результат IgM ниже 0,9 считается отрицательным (в нашем случае 0,241). Наличие IgG и IgM может быть связано с недавней инфекцией, уже во время беременности. Но также не исключает и инфекцию до беременности. В таком случае рекомендуется проведение дополнительных методов обследования. 6 из 15 обследованных не имеют антител к токсоплазме и у них сохраняется опасность заражения во время беременности, этой категории пациентов необходимо дальнейшее наблюдение и контроль лабораторных исследований в установленные сроки.

При обследовании на вирус краснухи из 15 беременных у 12 обнаружены IgG, у 3 беременных IgM, молекулярно-генетические методы обнаружили присутствие вируса краснухи в крови у 1 беременной.

Полученные данные свидетельствуют о том, что 12 из 15 женщин были инфицированы вирусом краснухи до наступления беременности и имеют антитела к данной инфекции. 3 из 15 обследованных не имеют антител к вирусу краснухи и у них сохраняется опасность заражения во время беременности, этой категории пациентов необходимо дальнейшее наблюдение и контроль лабораторных исследований в установленные сроки. У 3 беременных обнаружены IgM, что свидетельствует о более позднем времени заражения. Результат IgM ниже 0,9 считается отрицательным, ни у 1-ой из обследованных нет положительного результата. Наличие IgG и IgM может быть связано с недавней инфекцией, уже во время беременности. Но также не исключает и инфекцию до беременности. В таком случае рекомендуется проведение дополнительных методов обследования. При этом только у 1 беременной молекулярно-генетическими методами в венозной крови обнаружена ДНК вируса краснухи, что свидетельствует о недавнем заражении или обострении хронической инфекции, беременной необходимо пройти дополнительное обследование и наблюдение врачей-клиницистов.

При обследовании на вирус цитомегаловирусной инфекции из 15 беременных у 13 обнаружены IgG, у 3 беременных IgM, молекулярно-генетические методы (соскоб из цервикального канала на ДНК вирусов и простейших) обнаружили присутствие вируса ЦМВИ у 9 беременных в соскобе из цервикального канала.

Полученные данные свидетельствуют о том, что 13 из 15 женщин были инфицированы ЦМВИ до наступления беременности и имеют антитела к данной инфекции. 2 из 15 обследованных не имеют антител к ЦМВИ и у них сохраняется опасность заражения во время беременности, этой категории пациентов необходимо дальнейшее наблюдение и контроль лабораторных исследований в установленные сроки.

У 3 беременных обнаружены IgM, что свидетельствует о более позднем времени заражения. Результат IgM ниже 0,9 считается отрицательным, ни у 1-ой из обследованных нет положительного результата. Наличие IgG и IgM может быть связано с недавней инфекцией, уже во время беременности. Но также не исключает и инфекцию до беременности. В таком случае рекомендуется проведение дополнительных методов обследования. При этом у 10 беременных молекулярно-генетическими методами в соскобе из цервикального канала обнаружена ДНК цитомегаловируса, что свидетельствует о недавнем заражении или обострении хронической инфекции, беременным необходимо пройти дополнительное обследование и наблюдение врачей-клиницистов.

В результате исследований сделаны выводы:

- Традиционные классические методы исследования антител (вирусологический, бактериологический, ИФА) являются скрининговыми, доступными экономически (менее затратны для обследуемых и ЛПУ), хорошо отлажен их контроль качества.

Исследования методами иммуноблот и авидность являются более дорогими и трудоемкими, нежели скрининговые тесты на антитела.

- Наиболее информативными, чувствительными являются иммуноферментные методы (определение IgG, IgM).

- Молекулярно-генетические методы (соскоб из цервикального канала на ДНК вирусов и простейших или венозная кровь) недостаточно чувствительны и требуют соблюдения целого ряда условий и правил, результаты не всегда достоверны

Список использованной литературы

1. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. // С-Пб., «СпецЛит», 2016., 304 с.
2. Мигунов А.И. Герпес. Современный взгляд на лечение и профилактику. // ИД «Весь», 2018., 128 с.

3. Рекомендации 2-го ежегодного совещания лабораторной сети по кори/краснухе Российской Федерации. // Москва, 10-12 декабря 2017 г.

Шустова Дарья

*Руководители: преподаватель Карпцова Г.А.,
зав. лабораторией, к.м.н., КДЛ «Городская больница №3»*

г. Ставрополя О.С. Костарнова

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА КОПРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Копрологическое исследование (копрограмма) – это метод лабораторного исследования испражнений, который позволяет оценить их состав, с целью выявления скрытых кровотечений и воспаления в органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1].

Актуальность работы обусловлена тем, что неточность в работе лаборанта на аналитическом этапе выполнения копрограммы, может значительно снизить достоверность результатов анализа. Для того чтобы исключить или предупредить возникновение погрешностей в работе, лаборант должен знать причины их появления.

Цель работы- определение практических аспектов обеспечения качества общеклинического исследования испражнений.

Задачи работы:

- 1) провести анализ научно - методической литературы теме работы
- 2) рассмотреть практический алгоритм проведения общеклинического исследования испражнений
- 3) определить основные аспекты обеспечения качества выполнения копрограммы

Изучение основных аспектов обеспечения качества копрологического исследования проводилось на базе КДЛ ГБУЗ СК «Городская больница №3» г. Ставрополя, в период прохождения производственной практики.

Проведённое исследование показало, что копрологическое исследование не такое распространённое, как анализ крови или мочи.

Обеспечение качества лабораторного анализа- это совокупность планируемых и систематически проводимых внелабораторных и лабораторных мероприятий, необходимых для создания уверенности, что диагностическая информация, в бланке анализа достоверна.

Система контроля качества лабораторного исследования включает два варианта выполнения- внутренний контроль, который проводится на уровне отдельной лаборатории и внешний контроль- на уровне системы здравоохранения России и на уровне субъектов Российской Федерации

(межлабораторный контроль качества), который осуществляется Федеральной системой внешней оценки качества (ФСВОК) [2].



Рис 1. Этапы лабораторного анализа

Качество лабораторного анализа- это многофакторное понятие, которое включает в себя постоянное слежение за всеми этапами лабораторной работы (рис.1).

На результаты анализа могут влиять как внутрилабораторные ошибки выполнения исследования, так и чаще встречаемые внелабораторные погрешности. Для их выявления и предупреждения, в лаборатории реализована эффективная система ежедневного контроля качества анализов, утверждено «Положение об организации управления качеством лабораторных исследований», которое включает в себя комплекс мер, основанных на принципах стандартизации всех этапов лабораторного исследования и анализе результатов внутрилабораторного контроля качества [3].

Основными аспектами обеспечения качества копрологического исследования являются:

1. На преаналитическом этапе- это участие в разработке методических инструкций по правилам подготовки и сбора образца,

правильная первичная обработка доставленного материала (адекватная оценка на пригодность к проведению исследования).

2. На обеспечение качества аналитического этапа лабораторного исследования влияют такие внутренние факторы как неправильные действия персонала, связанные с его недостаточной квалификацией, ошибки при внесении образцов и реагентов, несделанное вовремя обслуживание прибора, отсутствие контроля процедуры исследования с ведением журнала ошибок и описанием проблем. Для контроля качества на этом этапе проводится метод контроля по дубликатам- врач повторно изучает микроскопическую картину 3-4 случайно выбранных патологических образцов, определяет процент расхождения, который не должен превышать 1%. При проведении внутрилабораторного контроля общего клинического исследования испражнений, погрешности, выявленные в КДЛ ГБУЗ СК «Городская больница №3» г. Ставрополя, были незначительны, и причины их были оперативно устранены. Процент расхождения результатов не превышал 0,5-1%, значит, результаты копрограммы, полученные в этот период, можно считать точными.

3. На постаналитическом этапе- на обеспечение качества анализа влияет правильная регистрация результатов и заполнение бланка анализа, систематическая проверка результата исследования на предмет его аналитической достоверности, а также своевременное доведение результата до клинициста.

С 2005 года КДЛ ГБУЗ СК «Городская больница №3» г. Ставрополя участвует в Российской системе внешнего контроля качества. Номер лаборатории в реестре ФСВОК- 10480. Контроль качества микроскопических исследований ФСВОК проводит в заочной форме. При этом лаборатория- участница, трижды в год, с интервалом 2- 3 месяца получает контрольные материалы- это 3 набора по 4 цветных фотографии микроскопических полей зрения препаратов кала (увеличение 400х), к которым прилагаются клинико-лабораторные данные и форма для внесения результатов. Участники раздела,

с учетом клинико-лабораторных данных, изучают микрофотографии, заполняют результатами отчетную форму и отправляют в ФСВОК. По оценке ФСВОК, показатели, микроскопии кала, подвергнутые контролю за 2021- 2022 годы- 82%, что укладывается в референтные пределы.

Проведённое исследование показало, что контроль качества лабораторных исследований является одной из важнейших составляющих работы современных клинико- диагностических лабораторий. Своевременно и постоянно проводимый внешний и внутрилабораторный контроль качества является залогом достоверности и надежности результатов клинических лабораторных исследований. Управление и обеспечение контроля качества клинических лабораторных исследований составляет систему, которая при полной реализации ее в учреждениях здравоохранения может обеспечить высокое качество результатов лабораторных исследований.

Список литературы

1. Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие для медицинских вузов / А.А. Кишкун.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018.
2. Мухамеджанова Н. И. Внешняя оценка качества клинико-диагностических лабораторий. Основные источники ошибок / Мухамеджанова Н. И., Арипов О. А. // Клиническая лабораторная диагностика. - 2019. - Т. 64, № 1.
3. Сахно Н. Н. Обеспечение качества лабораторных исследований / Н. Н. Сахно // ГлавВрач. – 2018. – № 10.

Е.С. Кравченко

*Руководители: преподаватель М.В. Кобзева,
врач-лаборант КДЛ «Городская больница №3»*

г. Ставрополя Н.А. Степанян

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ

Чесотка является самым распространенным паразитарным заболеванием кожи. Заболеваемость чесоткой в России в последние годы

составляет около 200 случаев на 100 тыс. населения. Высокие цифры официальной статистики о заболеваемости населения страны чесоткой не отражают реального состояния проблемы, поскольку при обращении пациентов к специалистам общеврачебной сети, врачам, занимающимся частной практикой, а также при самолечении имеются случаи недоучета пациентов, страдающих этим заболеванием [3].

Чесотка относится к дерматозоонозам, которая является серьезной глобальной проблемой общества. Люди всех возрастов во всем мире страдают этим заболеванием кожи, которые при недостаточно эффективном лечении могут значительно ограничивать повседневную жизнь пациентов. Встречается во всех странах мира, в любом возрасте и в любой социально-экономической и этнической группе. Чесотка наносит значительный ущерб, связанный не только с затратами на лечение, но также с потерей трудоспособности и менее активным участием больных в семейной жизни.

Многообразие клинических проявлений при чесотке требует во всех случаях постановки диагноза на основании комплекса клинических и эпидемических данных, подтвержденных лабораторным обнаружением возбудителя [3].

Цель исследовательской работы – изучить эпидемиологическую особенность чесотки и современные лабораторные методы диагностики заболевания.

В соответствии с указанной целью поставлены следующие задачи:

1. Определить методы лабораторной диагностики чесотки.
2. Определить эпидемиологическую особенность чесотки в РФ.

Чесотка (видовое название возбудителя - *Scabies*) обусловлена чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*. Аналогичное заболевание в ветеринарии называется саркоптозом - по родовому названию возбудителя. Патологический процесс, возникающий у человека при попадании чесоточных клещей от животных, по аналогии называется псевдосаркоптозом [1].

Чесоточный клещ относится к облигатным (постоянным) паразитам, характерной чертой которых является передача только от человека человеку.

Диагностика чесотки в типичных случаях сложностей не представляет. Диагноз ставится на основании жалоб больного (кожный зуд, затихающий днем и усиливающийся вечером и ночью), анализа характера высыпаний на коже больного и результатов лабораторных исследований, во время которых обнаруживаются чесоточные ходы и сами клещи [2].

Существует несколько распространенных методов обнаружения чесоточного зудня из слоев эпидермиса. Микроскопия позволяет обнаружить чесоточного клеща в различных стадиях развития: яйца, личинки, взрослых особей, а также продукты их жизнедеятельности.

Диагноз чесотки устанавливается на основании следующих критериев:

- клинических данных (вечерне-ночной зуд, характерные высыпания в типичных местах);
- эпидемиологических сведений (осмотр контактных лиц и обнаружение у них клинических признаков чесотки, сведения о пребывании больного в эпид очаге и пр.);
- лабораторной диагностики (обнаружение клеща и его яиц в соскобах элементов сыпи) [2].

Существует несколько методов лабораторной диагностики чесотки: извлечение клеща иглой, тонких срезов эпидермиса острой бритвой или глазными ножницами, соскоба патологического материала скальпелем или острой глазной ложечкой с использованием щелочи или молочной кислоты [2]. В период обострения чесотки наблюдается повышенное содержание антител классов G и M и сниженное - антител класса A, увеличение концентрации иммуноглобулина E, частая ассоциация с эозинофилией.

Анализ заболеваемости чесоткой в субъектах РФ свидетельствует, что она сильно варьирует даже в регионах, граничащих друг с другом. Это происходит на фоне несоответствия абсолютного числа официально зарегистрированных больных чесоткой и уровня продаж населению

различных противочесоточных препаратов (скабицидов). Полагают, что низкий уровень заболеваемости чесоткой в последние годы обусловлен неполной ее регистрацией специалистами разного профиля, особенно в частных и коммерческих клиниках. [4]

В таблице 1 приведены сведения по заболеваемости чесоткой, подтвержденные лабораторными методами на территории Российской Федерации (данные Министерства здравоохранения РФ)

Таблица 1

Уровень заболеваемости чесоткой в Российской Федерации

Годы	Случаев аскаридоз (100 тыс. человек)
1968	458
1975	434
1980	416
1985	398
1990	386
1995	378
2000	169
2005	132
2006	109
2014	78
2021	37,3

Динамика интенсивного показателя (ИП) заболеваемости чесоткой в РФ за 50 лет отличается широким диапазоном значений – от 37,3 (2018) до 458 (1968). Пики заболеваемости напрямую связаны с социально-экономическими факторами: 1968 г. (кризис аграрного комплекса СССР) и 1995 г. (кризис российской экономики в целом). В последние 20 лет наметилась тенденция снижения ИП заболеваемости в 10 раз – 378 (1992) против 37 (2021). [4]

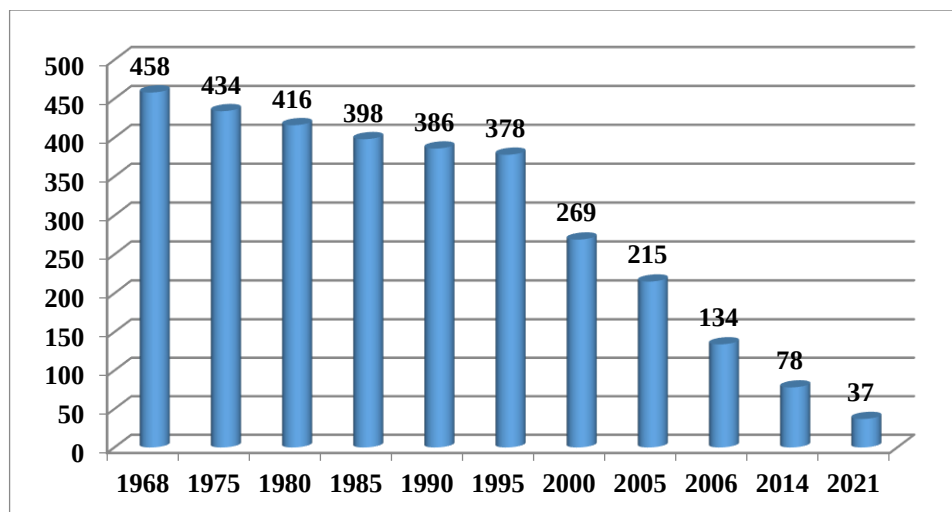


Диаграмма 1. Динамика интенсивного показателя (ИП)
заболеваемости чесоткой в РФ за 50 лет.

Анализируя приведенные данные, можно сделать вывод, что заболеваемость чесоткой в Российской Федерации неуклонно снижается, что можно объяснить улучшением эпидемиологической ситуации в целом:

- Улучшение санитарно-бытовых условий населения
- Повышение культурно-гигиенического уровня населения
- Эффективность санитарно-просветительской работы
- Появление современных лекарственных препаратов для санации
- Высокореzультативные методы диагностики

Данные официальной статистики МЗ РФ не включают сведения о заболеваемости чесоткой в ряде министерств и ведомств (МО, МВД, ФСИН РФ и др.). В официальных документах МЗ РФ отмечено, что регистрируются только случаи чесотки при обращении больных в государственные органы здравоохранения. [4]

В результате проделанной работы можно сделать следующие выводы:

1) Чесотка является паразитарным дерматозом, требующим обязательного лабораторного подтверждения диагноза. Диагностика чесотки, помимо клинических данных, основывается на микроскопическом подтверждении диагноза.

2) По данным государственных отчётных статистических форм заболеваемость чесоткой в Российской Федерации в течение последних лет сохраняется на стабильно высоком уровне, но при этом официальная статистика не отражает истинный уровень заболеваемости. Интенсивный показатель заболеваемости в России составляет 37,3 случаев на 100 тыс. населения. В большинстве стран заболевание не подлежит регистрации, и по этой причине нет реальной возможности говорить об истинной распространенности данных заболеваний на земном шаре.

Список литературы

1. Медицинская паразитология. Учебник для СПО, 8-е изд. Лань, испр. и доп., 2020г.
2. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни: Справочник.- М.: Медицина, 2018.
3. Кубанова А.А., Соколова Т.В., Ланге А.Б. Чесотка. Методические рекомендации для врачей. М., 2019.
4. Государственный доклад «О санитарно–эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2021 году»:. – М., 2021. – 192 с.

Е.И. Евдокимова

***Руководители: преподаватель Е.М. Цитиридис,
врач-лаборант КДЛ «Городская больница №3» г. Ставрополя***

И.В. Кравченко

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ТЕХНИКА ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Медицинский лабораторный техник – это специалист, который проводит лабораторные исследования биологического материала. Он может работать на двух участках – на сборе материала и в диагностической лаборатории. На участке сбора материала он сортирует и маркирует материал, отправляет его на транспортировку. В лаборатории – он проводит биолого-химический анализ, оформляет и отправляет результаты исследования по месту назначения. [3]

В клинических лабораториях лаборанты появились незадолго до первой мировой войны. В течение военного времени и в последующие годы возникла критическая нехватка подготовленных лабораторных кадров. Для того, чтобы выйти из этой кризисной ситуации, нанимали молодых женщин, которые после обучения могли делать простые лабораторные анализы. [3]

Обязанности медицинского лабораторного техника включают в себя:

- Забор и маркировка анализов, проб у пациентов;
- Выполнение лабораторных исследований;
- Использование лабораторного оборудования и инструментов при проведении исследований;
- Обслуживание, чистку лабораторного оборудования;
- Соблюдение мер безопасности при проведении медицинских исследований;
- Ведение документации, заполнение журналов, диагностических карт и т.д.;
- Участие в проводимых санитарно-медицинских мероприятиях в населённом пункте или регионе.

Биохимический анализ крови — метод лабораторной диагностики, который позволяет оценить работу внутренних органов (печень, почки, поджелудочная железа, желчный пузырь и др.), получить информацию о метаболизме (обмен липидов, белков, углеводов), выяснить потребность в микроэлементах. [2]

По данным международных организаций СД является одним из распространенных неинфекционных заболеваний, как в развитых, так и развивающихся странах мира. Эксперты ВОЗ рассматривают СД медико-социальной проблемой цивилизации с огромным экономическим ущербом.

По официальным данным затраты на лечение и уход за пациентами с СД весьма существенны и в будущем могут стать непосильной ношей для системы здравоохранения. Сахарный диабет 2 типа (СД2т) является одним из

самых распространенных и тяжелых заболеваний современности, приводящим не только к инвалидизации, но и преждевременной смерти больных. Число пациентов СД в мире в 2021 году насчитывалось 537 млн. человек, а к 2045 году прогнозируется увеличение до 783 млн. В 2021 году умерло 6,7 млн. человек с СД. [1, 4]

На сегодняшний день актуальным является не только вторичная профилактика микро- и макрососудистых осложнений СД, но и выявление ранних нарушений углеводного обмена, оценка риска развития СД среди лиц трудоспособного возраста и проведение мер с целью первичной профилактики СД. Скрининг позволяет максимально рано выявить НТГ, НГН и СД2, что способствует своевременному началу лечения, а значит и предотвращению развития серьезных осложнений и инвалидизации больного в будущем. [4]

Актуальность темы.

Работа медицинского лабораторного техника очень важна при исследовании углеводного обмена. При расстройствах углеводного обмена в организме происходят необратимые изменения, которые связаны с нарушением деятельности центральной нервной системы (ЦНС), органов кровообращения, мочевыделительной системы, органы зрения и т.д. От лабораторного техника зависит качество проводимых в лаборатории исследований. Знания о структуре и свойствах физиологически важных углеводов необходимы для понимания их фундаментальной роли в материальном и энергетическом обеспечении жизни. Исследование углеводного обмена — комплекс анализов, с помощью которых оценивается обмен глюкозы и ее соединений в организме. Показаниями для исследований служат мониторинг состояния пациентов с сахарным диабетом (СД), а также ранняя диагностика и контроль лечения этого заболевания. При участии медицинского лабораторного техника можно своевременно поставить диагноз и назначить лечение пациенту.

Цель нашей работы: изучить лабораторные методы оценки углеводного обмена у пациента, оценить роль медицинского лабораторного техника при лабораторном исследовании состояния углеводного обмена

Всасывание углеводов нарушается при недостаточности амилалитических ферментов желудочно-кишечного тракта (амилаза панкреатического сока). При этом поступающие с пищей углеводы не расщепляются до моносахаридов и не всасываются. В результате у пациента развивается углеводное голодание. Выделяют несколько типовых форм нарушений углеводного обмена: гипогликемии, гипергликемии, гликогенозы, гексоземии и агликогенозы. [5]

Сахарный диабет – группа эндокринных заболеваний, связанных с нарушением усвоения глюкозы и развивающихся вследствие абсолютной или относительной недостаточности гормона инсулина. Определены четыре главные клинические формы СД в зависимости от этиологии: СД 1 типа, СД 2 типа, «другие специфические типы» СД и «гестационный СД».

В клинической картине диабета принято различать две группы симптомов: основные и второстепенные. К основным симптомам относятся: полиурия, полидипсия, полифагия. К вторичным симптомам относятся: сухость во рту; общая мышечная слабость; зуд и сухость кожных покровов; нарушение зрения; головные боли; воспалительные поражения кожи; утомляемость. [5]

Для выявления нарушений углеводного обмена используют различные лабораторные методы: исследование крови на глюкозу, исследование теста на толерантность к глюкозе, определение гликированного гемоглобина крови, исследование экспресс-тестами на глюкозу, определение уровня глюкозы в моче. Диагностическая значимость лабораторных показателей углеводного обмена крайне важна, так как по их результатам можно понять какая будет клиническая картина заболевания, от чего зависит его тяжесть и т.д. [3]

Итак, для более точных результатов следует обращать внимание на работу медицинских лабораторных техников. Так как на преаналитическом

этапе исследования в большинстве случаев допускаются ошибки (например, перед проведением исследования ошибка охватывает группу факторов, которые связаны с подготовкой больного к обследованию, с забором и хранением материала до начала анализа). Лабораторному технику следует внимательно относиться к своей работе, он должен иметь необходимые знания, такие как: этапы проведения лабораторного исследования; правила взятия, регистрации, транспортировки и хранения биологического материала; принципы сортировки биологического материала, методология работы с использованием автоматизированных систем сортировки; способы маркировки биологических материалов для лабораторных исследований; методы подготовки образцов биологических материалов к исследованию, транспортировке или хранению; критерии отбраковки биологического материала.

Профессия медицинского лабораторного техника очень важна в современном мире, поскольку без результатов лабораторных исследований невозможно поставить точный диагноз, а соответственно, и назначить лечение.

Список литературы

1. Алан Л. А. – Прогнозирование риска развития осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа: учебное – методическое пособие/ Л.А. Алан.– 2– 2018.
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. 10-й выпуск (дополненный). - М. 2021.
3. Алексей Кишкун. Биохимические исследования в клинической практике 2-е издание, 2022.
4. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. М.: ГЕОТАР - Медиа, 2017.
5. Аметов А.С., Кривошеева А.А. Профилактика развития сахарного диабета типа 2. //Эндокринология. 2018.

А.В.Шамехина

Руководители: преподаватель Н.И. Ховасова,

биолог КДЛ «Городская больница №3»

г. Ставрополя В.А. Афанасьева

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНГО - КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Актуальность. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ) - зоонозное, острое, особо опасное инфекционное заболевание, вызываемое РНК-вирусом, переносчиком которого являются иксодовые клещи. Характеризуется высокой лихорадкой и развитием в большинстве случаев геморрагического синдрома различной степени тяжести[1].

ККГЛ - эндемичное заболевание для нескольких регионов, в том числе и для Ставропольского края, в котором резервуаром и основным переносчиком вируса ККГЛ является пастбищный клещ *H. marginatum*. Ландшафтно-географические зоны Ставропольского края, условия труда людей, занятых животноводством, отсутствие эффективных мер по истреблению клещей, увеличение численности и расширение ареала переносчиков инфекции обусловили рецидив инфекции после периода длительного благополучия[2].

Цель работы:

Оценить эпидемиологическую ситуацию по Конго – Крымской геморрагической лихорадке в Ставропольском крае в 2022 году, провести сравнительный анализ с предыдущими годами.

В последние годы во всем мире актуальна проблема так называемых новых и возвращающихся инфекционных заболеваний, в первую очередь это касается вирусных природно-очаговых инфекций. Для территории Южного федерального, Северо - Кавказского федерального округов и Ставропольского края в частности особую актуальность представляет Крымская –Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ) – рис.1[2].

В эпидемический сезон 2022 года в Ставропольском крае зарегистрировано 19 случая заболевания, показатель заболеваемости составил 0,68 на 100 тыс. населения, что в 2,3 выше показателя 2021 года (0,29 на 100 тыс. населения). В сравнении со среднероссийским показателем среднекраевой выше в 22,7 раза, со средним по СКФО в 2,5 раза. Летальные исходы не регистрируются с 2008 г.[4]

В эпидемический процесс были вовлечены 11 административных территорий края. В основном болели сельские жители - 18 (94,7%) случая заболевания, 1 случаев зарегистрирован у городского жителя. Наибольшее количество больных – по 3 случая, имели место в Ипатовском, Апанасенковском и Благодарненском районах, по 2 случая в Буденновском и Левокумском районах, в остальных районах края по 1 случаю.

В социально-профессиональном составе заболевших, как и в прежние годы, наибольший удельный вес 68,4%, пришёлся на группу неработающего населения, как правило, это владельцы домашнего поголовья сельскохозяйственных животных. У 94,7% заболевших заражение произошло при уходе за сельскохозяйственными животными, у 5,3% при пребывании в природном биотопе. Все случаи заболеваний связаны с трансмиссивным путем заражения[4].

За эпидемический сезон зарегистрировано 4462 человека, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения с укусами клещей, в т.ч. детей до 14 лет – 1793 (в 2021 году – 3898 человек, в т. ч. детей - 1582).

Погодно- климатические условия зимы 2021-2022г.г. были благоприятными для перезимовки иксодовых клещей. Активизация иксодид на территории края произошла в конце III декады марта, что на неделю раньше, чем в 2021 году. Также раньше на 28 дней, активизация *Nyalomma marginatum* - основного переносчика ККГЛ.

В связи с ранней активизацией иксодид, уже в конце первой декады апреля индекс обилия (ИО) *N. marginatum* в 2 и более раз превышал эпидемиологически значимый показатель в степных и полупустынных

ландшафтных районах (Будённовский, Нефтекумский, Левокумский), в мае – в отдельных районах края (Апанасенковский, Ипатовский) превышал в 15 и более раз. Появление преимагинальных фаз клещей *H. marginatum* на птицах наблюдалось с I декады июня в полупустынной (Нефтекумский, Арзгирский, Левокумский районы) и степной ландшафтных зонах (Буденновский, Ипатовский, Петровский районы), в те же сроки, что и в 2013 году[4].

Появление II генерации имаго на сельскохозяйственных животных отмечалось с I декады июля (полупустынная и степная зоны), массовое паразитирование на всей территории края со II декады июля (в те же сроки, что и в 2021 году).

Таким образом, погодно-климатические условия 2022 г. сказались на более ранних сроках активизации в сравнении с 2021 г. по скорости достижения пика активности, что сказалось на сроках эпидемиологической активности.

Эпизоотологическим мониторингом в 2022 г. было охвачена 21 территория Ставропольского края, наблюдение за иксодофауной осуществлялось во всех ландшафтно-климатических зонах.

При лабораторных исследованиях полевого материала на наличие возбудителей природно-очаговых инфекций в 2022 г. вирусоформность иксодовых клещей к вирусу КГЛ составила 2,2 %, что несколько ниже уровня 2021 г. – 3,6%. Антиген вируса ККГЛ обнаружен в клещах, собранных в 5 территориях края, при этом выше среднекраевого уровня показатели в традиционно неблагополучных по заболеваемости районах Арзгирский– 25%,

Грачевский – 12,5%, Александровский – 12,5%, Апанасенковском – 37,5%, Георгиевский– 12,5%. [4].

Заключение. В течение последних 5 лет отмечается высокая заболеваемость ККГЛ в Ставропольском крае. При этом в 2022 году заболеваемость выросла в 2,3 раза. Учитывая, что на территории края сохраняется природный очаг, прогноз эпизоотической и

эпидемиологической ситуации по ККГЛ остается также неблагоприятным в связи с высокой численностью клещей и их вирусоформностью.

Список литературы

1. Малеев В. В., Галимзанов Х.М., Бутенко А. М., Черенов И.В. Крымская геморрагическая лихорадка. – Москва – Астрахань, 2019. – 118 с.
2. Первушин Ю. В., Санникова И. В., Ковалевич Н. И., Попов П. Н. Исследование системы крови у больных Крымской геморрагической лихорадкой // Клиническая лабораторная диагностика. – 2021. - №10. – С.8.
3. Онищенко Г. Г., Жилина Н. Я. И др. Организация и проведение мероприятий против Крымской геморрагической лихорадки на территории природных очагов России: Методические рекомендации. – М., 2001. – 64с.
4. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Ставропольском крае в 2022 году».

Черкашина Анастасия

Руководитель преподаватель ЦМК

хирургии, к.м.н. Дементьева Д.М.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В России инсульт ежегодно случается почти у 500 тысяч человек. Это означает, что каждые 1,5 минуты кому-то из россиян ставят страшный диагноз. При этом, согласно статистике, в нашей стране, как, впрочем, и во всем мире, сосудистые заболевания мозга занимают 2-е место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39 %). Ежегодная смертность от инсульта в России одна из наиболее высоких в мире. Ежегодно в РФ переносят инсульт более 450 тыс. человек.

При проведении оказания помощи пациентам с инсультами медицинские сестры учитывают действующие профессиональные стандарты.

Сестринский уход предполагает системный подход в организации работы палатной медицинской сестры, который позволяет пациенту получить полноценный уход, а медицинской сестре удовлетворение от своей работы.

Роль медицинской сестры:

- выполнение врачебных назначений; - динамическое наблюдение за состоянием пациента:

- удовлетворение потребностей пациента в питании и жидкости:

- сведение к минимуму физического дистресса:

- сведение к минимуму эмоционального дистресса;

- снижение риска вторичных осложнений:

- коррекция нарушений дыхания.

- адекватное питание пациента.

- контроль терморегуляции.

- профилактика пролежней.

Я провела анкетирование медицинских сестер, работающих в неврологическом и терапевтическом отделении ГБУЗ СК «Изобильненская РБ».

Вопросы анкеты были анонимными и не ставили под сомнение квалификацию персонала. Вопросы составлялись с учетом требований к подготовке медицинских сестер, отраженных в профессиональном стандарте. Всего было проанкетированно 15 медицинских сестер- 10 из неврологического отделения и 5 из терапевтического. Медицинские сестры из терапевтического отделения были включены в исследование потому что инсульт является частым осложнением заболеваний сердечно- сосудистой системы.

В профессиональном стандарте есть требования к знаниям медицинских сестер. На вопрос «Знаете ли вы этиологию инсульта?» медицинские сестры ответили, что знают его плохо.

На вопрос «Знаете ли факторы риска инсультов (оцените в баллах от 0 до 5)?» большинство опрашиваемых ответило, что знают недостаточно.

При ответе на вопрос о знании клинической картины инсультов медицинские сестры ответили, что они считают свои знания достаточными, так же большинство ответило положительно на вопрос об отличии геморрагического и ишемического инсульта.

Анализируя полученные данные можно констатировать, что медицинские сестры считают, что самым важным при оказании неотложной помощи является обеспечение проходимости дыхательных путей и профилактика травматизма и недооценивают необходимость наложения шейного воротника, холода на область головы.

Мною была так же разработана анкета для больных находящихся в отделении с инсультом. Всего было опрошено 15 пациентов по специально разработанной анкете.

При анализе возраста пациентов мною выявлено, что большинство из них были трудоспособного возраста.

Очень важным был ответ на вопрос о том, какой уход осуществляет медицинская сестра. Важно отметить, что всем пациентам выполнялись назначения врача, многим оказывали помощь при кормлении и осуществлении личной гигиены, к сожалению, не всем оказывалась психоэмоциональная поддержка. К сожалению, мною выявлено, что большинству пациентов только измерялось АД, хотя в истории болезни эти данные отмечались.

Очень важно, что на вопросы «Осуществлялась ли профилактика пролежней?» и «Осуществлялась помощь при приеме пищи и воды?» все пациенты ответили положительно. На анкете писали, что медицинские сестры учили их заново есть. К сожалению, ни с одним из пациентов не проводилась беседа по профилактике повторных инсультов, возможно это связано с загруженностью персонала.

К моему удовлетворению большинство пациентов хорошо оценили сестринский уход и были благодарны сотрудникам.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Сердечно-сосудистые заболевания давно признаются мировым сообществом как проблема, достигшая масштабов пандемии. Научные эпидемиологические исследования как в России, так и во всем мире постоянно демонстрируют глобальную распространенность среди населения разных возрастных групп основных сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (далее – ИБС) и инфаркта миокарда, фиксируя высокую долю смертности и инвалидизации от этих заболеваний.

По оценкам ВОЗ, в 2019 году в мире умерли 56,8 миллионов человек, а удельный вес неинфекционных заболеваний в общей структуре причин смертности составлял 71 %.

Одной из наиболее важных для здравоохранения форм ИБС, характеризующейся высокой летальностью, является инфаркт миокарда. Ежегодно в мире отмечается более 15 миллионов новых случаев. Особенно актуальной является проблема высокой смертности от острого инфаркта миокарда населения трудоспособного возраста.

Методов диагностики патологии в арсенале медицинских работников существует достаточно, но обособленное применение одного или нескольких методов не способно дать понимания четкой картины, поэтому на протяжении длительного времени диагностика инфаркта миокарда основывается на трех основных диагностических критериях:

- клинической картине, заставляющей подозревать инфаркт миокарда,
- характерных изменениях с их эволюцией на ЭКГ,
- динамике изменений в плазме крови биохимических маркеров поражения миокарда.

Ключевым критерием диагноза инфаркта миокарда предлагается считать увеличение в плазме крови уровня биомаркеров некроза миокарда, таких как тропонины Т и I или МВ-фракции креатинфосфокиназы в сочетании с одним из следующих признаков: клинические симптомы ишемии, ЭКГ-изменения.

Основные симптомы и синдромы, встречающиеся при инфаркте миокарда

1. Болевой синдром (70-97 %) с типичной локализацией в области сердца, характерным распространением боли влево и классическим ее проявлением. Механизмами развития болевого синдрома являются биохимические изменения в миокарде: ацидоз, снижение парциального напряжения кислорода, содержания внеклеточного калия, нарастания в очаге ишемии концентрации многих биологически активных веществ.

2. Изменение биоэлектрической активности миокарда. В типичных случаях на ЭКГ регистрируется смещение интервала (сегмента) ST от изоэлектрической линии, деформации комплекса QRS и далее зубца Т.

3. Возникновение аритмий. Выраженные нарушения сократительной функции миокарда со снижением сердечного выброса лежат в основе острой сердечной недостаточности и таких тяжелых осложнений острого инфаркта миокарда как отек легких и кардиогенный шок.

4. Развитие лихорадки. Температура тела обычно повышается к концу первых суток заболевания, достигает субфебрильных цифр и сохраняется в течение 3-5 дней.

5. Изменение общего анализа крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ к 5-7 дню).

В лечении больных с инфарктом миокарда можно выделить четыре фазы:

1. Экстренная помощь, складывающаяся из быстрой диагностики, оценки риска неблагоприятного исхода, купирования боли и предотвращения или лечения остановки сердца.

2. Ранняя терапия, предполагающая как можно более раннюю реперфузионную терапию для ограничения зоны инфаркта и лечение осложнений, таких как сердечная недостаточность, шок и жизнеугрожающие аритмии.

3. Последующее стационарное лечение, направленное на профилактику более поздних осложнений.

4. Стратификация риска и мероприятия по вторичной профилактике прогрессирования поражения коронарных артерий, повторных инфарктов миокарда, сердечной недостаточности и смерти.

Принципы терапии: исключение психоэмоционального напряжения, создание покоя, устранение ишемии и купирование болевого синдрома с помощью нитратов короткого действия – нитроглицерин (0,5 мг), нитроспрей (400 мкг) с повторным приемом через 5-7 минут, можно в сочетании с β -блокатором, а также антитромбоцитарная терапия – клопидогрел (75 мг). В некоторых случаях показана ангиопластика или тромболитическая терапия.

Сестринский уход важен при инфаркте миокарда, от его качества зависит самочувствие, состояние и жизнь пациента. Уход за пациентом является одной из приоритетных задач лечения.

Для того чтобы наиболее точно и правильно определить тактику ухода за пациентом медицинскому персоналу необходимо подробно выяснить проблемы пациента, а также жизненные обстоятельства. Во время проводимого обследования среднему медицинскому персоналу необходимо выстроить с пациентом доверительные отношения, создать комфортную психологическую атмосферу и попытаться добиться от него адекватного исполнения всех необходимых указаний по поводу лечения.

Средний медицинский персонал, осуществляющий наблюдение за больным с инфарктом миокарда, должен:

- осторожно менять белье, проводить санитарную обработку,
- оказывать помощь при физиологических отправлениях (подать судно),
- кормить больного,

- контролировать соблюдение больным двигательного режима,
- оказывать помощь при расширении двигательного режима,
- следить за пульсом, АД, дыханием,
- следить за регулярным опорожнением кишечника (при необходимости делать масляные или гипертонические клизмы),
- контролировать качество и состав приносимых из дома продуктов,
- своевременно выполнять все назначения врача,
- уметь пользоваться дефибриллятором.

Необходимо уметь выявлять все проблемы пациента:

- настоящие (жалобы больного),
- потенциальные (возобновление болей в области сердца, появление аритмии, страх летального исхода),
- физиологические (трудности при совершении акта дефекации и акта мочеиспускания в положении лежа),
- психологические (неожиданное изменение образа жизни, перерыв в работе, необходимость соблюдать строгий постельный режим и т.д.),
- социальные (больной может быть одиноким, его никто не навещает, не приносит передачи).

В связи с этим следует постоянно контактировать с больным и проводить успокаивающие и обучающие беседы:

- о возможности осложнений болезни,
- о необходимости соблюдения двигательного режима,
- о необходимости приема назначенных препаратов,
- о благоприятном прогнозе болезни при соблюдении всех этих условий.

При постоянном контакте с больным, происходит мониторинг динамики заболевания и своевременное информирование лечащего врача об изменениях состояния пациента.

Немало важную роль в формировании заболевания играют факторы риска. Их можно разделить на 2 группы: управляемые и неуправляемые.

Управляемые: курение, высокий уровень общего холестерина, ХС ЛПНП, триглицеридов, низкий уровень ХС ЛПВП, гиподинамия, избыточная масса тела, употребление алкоголя и др.

Неуправляемые: сахарный диабет, мужской пол, пожилой возраст, семейный анамнез раннего развития ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, тяжелая стенокардия и др.

С целью исследования факторов риска, влияющих на возникновение инфаркта миокарда, было проведено анкетирование на базе ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер» в кардиологическом отделении № 1, в котором приняло участие 10 человек. Им было предложено ответить на несколько вопросов.

Важно учитывать пол пациента, поскольку мужчины чаще имеют заболевания сердечно-сосудистой системы. Из 10 опрошенных человек половина респондентов – женщины (50 %) и половина – мужчины (50 %).

При ответе на вопрос «Ваш возраст» 50 % опрошенных ответили, что их возраст находится в диапазоне 46-65 лет, у 40 % возраст 65 лет и более, 10 % оказались в диапазоне 34-45 и 0 % в 18-30 лет.

При оценке подъема максимального АД у пациентов были получены следующие данные: 40 % ответили более или равное 180/110 мм рт. ст., у 30% подъем АД находился в промежутке 160-179/100-109 мм рт. ст., у оставшихся 30 % в промежутке 140-159/90-99 мм рт. ст.

Немало важную роль в патогенезе играют вредные привычки. 80 % пациентов утверждают, что не имеют вредных привычек, а оставшиеся 20% ответили, что имеют.

На вопрос «Принимаете ли Вы гипотензивные препараты?», всего 20% не принимают гипотензивные препараты, 80 % соблюдают комплаенс.

Важным является питание, ведь злоупотребление соленой, копченой и жирной пищей отражается на развитии заболеваний ССС. На вопрос употребляют ли пациенты такую пищу ежедневно 70 % ответили нет, а оставшиеся 30 % ответили утвердительно.

Также одним из факторов риска является малая физическая активность. К тем, кто мало двигается относится половина пациентов, в то время как другая половина не пренебрегает физическими нагрузками.

90 % пациентов отмечают наличие ближайших родственников, имеющих ССЗ, а у 10 % отягощенной наследственности нет.

Важно учитывать данные лабораторных исследований, как ранние предвестники заболевания. Так у 70 % пациентов уровень холестерина в крови находится в норме и у 30 % он выше нормы.

На вопрос «У Вас повышен уровень сахара в крови?» 70 % ответили, что уровень сахара в крови не повышался больше 5 ммоль/л, а оставшиеся 30 % утверждали об обратном.

Результаты опроса показали, что среди респондентов преобладают следующие факторы риска: возраст 46 и более лет, подъем максимального давления равное или более 180/110 мм рт. ст., наличие вредных привычек, постоянный прием гипотензивных препаратов, неправильное питание, отягощенная наследственность, повышенный уровень сахара и холестерина в крови.

Все эти данные указывают на то, что в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы большую роль играют именно факторы риска, где профилактика является комплексной задачей всех структур здравоохранения, включая работу среднего медицинского персонала.

Чугай Е.А.

Руководитель председатель ЦМК

акушерства и педиатрии, к.м.н., Германова О.Н.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Перинатальная энцефалопатия (ПЭП) – общее название различных по этиологии или неуточненных по происхождению поражений головного мозга, возникающих в перинатальном периоде. Актуальность проблемы ПЭП обусловлена тем, что она оказывает влияние на качество жизни детей и

формирование различных повреждений нервной системы, приводящих к инвалидности [3].

Основные факторы риска ПЭП – хронические заболевания матери, внутриутробное инфицирование плода, кесарево сечение, недоношенность, аномалии развития головного мозга. Универсальным патогенетическим фактором, повреждающим головной мозг, является гипоксия. Основными вариантами поражения мозга являются геморрагический инфаркт и развитие ишемии. В зависимости от основного повреждающего фактора перинатальные поражения ЦНС делят на гипоксические, травматические, токсико-метаболические, инфекционные [1, 2].

В остром периоде выделяют 5 клинических синдромов: гипертензионно-гидроцефальный, синдром угнетения, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, судорожный синдром, коматозный синдром [2].

Для установки диагноза ПЭП врач назначит ребенку следующие исследования: УЗИ головного мозга, МРТ головного мозга, осмотр глазного дна. Оперативное лечение может понадобиться при наличии у ребёнка большой гематомы внутри полости черепа (шунтирование). Наибольшего эффекта лечения в восстановительный период можно добиться с помощью комплексного лечебного подхода - это лечебный массаж, ЛФК, микротоковая рефлексотерапия, лекарственная терапия [3].

Если говорить о прогнозе, то при своевременном и комплексном лечении в большинстве случаев возможно полное восстановление функций. Но при тяжелых поражениях головного мозга возможно развитие детского церебрального паралича, эпилепсии, задержки развития.

Цель исследования: изучить особенности сестринского ухода и методы реабилитации детей с перинатальной энцефалопатией.

Исследовательская работа проводилась на базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» в отделении патологии новорожденных. В

клиническую группу вошли 20 пациентов в возрасте от 7 дней до 28 дней с диагнозом перинатальная энцефалопатия.

Как показали результаты, на развитие перинатальной энцефалопатии влияют следующие факторы: наличие хронических заболеваний матери (52%), возраст матери старше 35 лет (27%) и курение во время беременности (21%). При анализе течения родов у матерей было выявлено, что у 30% исследуемых были затяжные роды, у 25% матерей – преждевременные роды. Затяжные роды осложнялись длительным безводным периодом (20%), дискоординацией родовой деятельности (25%), мекониальными околоплодными водами (35%).

Среди клинических форм острого периода перинатальной энцефалопатии выявлены следующие синдромы: у 10% - гипертензионно - гидроцефальный, у 15% больных был выявлен судорожный синдром, у 35% - синдром угнетения, у 40% - синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

В первые 7 дней жизни ребенка преобладали симптомы угнетения ЦНС: дети пассивны, малоподвижны, подолгу лежат с широко открытыми глазами, вялое сосание, нарушение глотания, снижен мышечный тонус, отсутствуют физиологические рефлексы. Затем присоединялись симптомы возбуждения ЦНС: внутричерепная гипертензия, симптом Грефе, тремор рук и подбородка, судороги.

В остром периоде перинатальной энцефалопатии дети особенно нуждались в сестринских вмешательствах и постоянном наблюдении – мониторинг состояния и специализированный уход. Медицинская сестра обязана проводить работу с родителями детей, страдающих от данного заболевания: обучить их уходу за ребенком, дать необходимые рекомендации, объяснить особенности психомоторного развития детей с перинатальной энцефалопатией.

Профилактика ПЭП заключается в следующих мероприятиях:

1. Ведение здорового образа жизни женщиной во время беременности.
2. Качественная акушерская помощь в течение всей беременности.

3. Своевременная диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем у беременных женщин.

4. Обеспечение оптимальных условий для новорожденного.

5. Ранняя диагностика ПЭП и регулярное наблюдение за состоянием ребенка с целью минимизирования негативных последствий для здоровья.

Список использованной литературы

1. Захарова Н.В. Организация помощи детям с патологией новорожденных в условиях семьи/ Н.В. Захарова. – М.: Изд-во МГМСУ, 2020. – 164 с.

2. Карпова И.Ю. Патология новорожденных: учебное пособие. - М.: Медицинское информационное агентство, 2022. - 480 с.

3. Лютая З.А., Кусельман А.И., Чубарова С.П. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных: учебное пособие. — Ульяновск, 2018. — 99 с.

4. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. — СПб.: Питер, 2018. — 220 с.

Шарова А.А

Руководитель, председатель ЦМК

акушерства и педиатрии, к.м.н., Германова О.Н.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА РЕБЕНКОМ С РОДОВОЙ ТРАВМОЙ

Родовая травма - это повреждение, которое возникает в результате физического давления в процессе родов, обычно во время прохождения через родовые пути [3]. Частота родовых травм составляет 2-7 на 1000 новорожденных. Согласно литературным данным отмечается, что наиболее часто встречаются родовые травмы черепа – кефалогематомы, на 2-м месте – переломы ключицы, на 3-м – травмы центральной и периферической нервной системы.

Родовые травмы диагностируются у 8–11% новорожденных, нередко сочетаются с родовыми травмами матери. Часто родовые травмы проходят самостоятельно, без специального лечения, но всё же у детей могут оставаться

признаки повреждения. Родовые травмы новорожденных могут оказывать серьезное влияние на дальнейшее физическое здоровье и интеллектуальное развитие ребенка [2].

Существуют 3 группы этиологических факторов в возникновении родового травматизма: относящиеся к матери, к плоду и к течению и ведению родов. По классификации выделяют родовые травмы мягких тканей, травмы костно-суставной системы, внутренних органов, и травмы центральной и периферической нервной системы [1, 3].

Родовая травма мягких тканей. Родовая опухоль - это физиологическое явление, которое характеризуется отеком и расстройством кровообращения мягких тканей головы. Имеет мягкоэластическую консистенцию, синюшный цвет с множественными петехиями. Лечения не требует, проходит самостоятельно через 1-3 дня. Кефалогематома это кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа. Опухоль может проявиться лишь через несколько часов. На 2-3 неделе размеры уменьшаются, полное рассасывание происходит к 6-8 неделе [3].

Кровоизлияние в грудино-ключично-сосцевидную мышцу возникает при надрыве мышцы и излитии крови во влагалище мышцы или в саму мышцу. Эта травма возникает чаще при ягодичном предлежании. В дальнейшем развивается кривошея - голова ребенка наклонена в больную сторону, а подбородок - в противоположную. Часто родовая травма заметно только на этом этапе [3].

Перелом ключицы. Данный вид переломов локализуется в средней трети ключицы, встречается у 11,7 новорожденных на 1000. Движения руки на стороне перелома ограничены, возникает болезненность и локальный отек, крепитация при пальпации. Прогноз благоприятный, образование костной мозоли наступает на 3-4-й день [3].

Перелом бедренной кости возникает при экстракции плода за тазовый конец и при оказании пособий при тазовых предлежаниях, локализуется на границе верхней и средней трети. Ребенок резко реагирует на перекармливания его или пеленания. Активные движения ножкой ребенок не производит, они

невозможны. Лечение – специальное вытяжение и иммобилизация на 3–4 недели [3].

Родовые травмы внутренних органов. Наиболее часто происходит повреждение печени, селезенки, почек. Клинические проявления родовой травмы внутренних органов у новорожденных развиваются на 3-5 сутки в связи с внутренним кровотечением. Лечение заключается в проведении гемостатической и симптоматической терапии, при необходимости – лапароскопии [3].

Травма спинного мозга является редким событием и включает повреждения спинного мозга различной степени тяжести, часто с кровотечением. Травма обычно поражает нижний шейный отдел. Когда она происходит выше, поражения, как правило, фатальные из-за полного нарушения дыхания. Иногда щелчок или хруст слышен при родоразрешении [3].

Инструментальные методы диагностики родовых травм. Электроэнцефалография – метод исследования функциональной активности головного мозга с регистрацией электрических потенциалов. Нейросонография проводится в случае подозрения на внутричерепное повреждение головного мозга, это ультразвуковое исследование головного мозга у новорожденных и детей первого года жизни проводится через большой родничок [1].

Сестринский уход и профилактика родового травматизма.

- Создать для матери и ребенка положительный психоэмоциональный фон.
- Позаботиться о максимально комфортных условиях пребывания в палате новорожденного – использование лучистого тепла, поддержание нормальной комнатной температуры, соблюдение правил асептики и антисептики.
- Проводить регулярный мониторинг состояния ребенка, обращать внимание на появление патологических признаков.

- Проведение специального ухода за ребенком - обработка пуповины, туалет кожных покровов и слизистых.

- Соблюдать правильную технику кормления – ребенка с родовой травмой необходимо кормить медленно, малыми порциями.

- Контроль и регистрация состояния новорожденных.

Клинический случай №1. Ребенок С., возраст 7 дней. Жалобы на отклонение головы вправо, нарушение движения в шейном отделе позвоночника. Клинический диагноз: кровоизлияние в правую грудино-ключично-сосцевидную мышцу. План лечения: корригирующее положение головы (воротник Шанца), сухое тепло, электрофорез с 8 суток, массаж с 14 суток, хирургическая коррекция в первом полугодии жизни.

Клинический случай №2. Ребенок Ф., возраст 4 дня. Жалобы на отек на волосистой части головы. Клинический диагноз: родовая опухоль. План лечения: совместное пребывание с матерью, естественное вскармливание по требованию ребенка, раствор викасола 1% 0,5 мл внутримышечно однократно.

Клинический случай №3. Ребенок В., возраст 1 день. Жалобы на беспокойство, отек в области правой ключицы. Клинический диагноз: перелом правой ключицы. План лечения: покой, повязка Дезо, при беспокойстве - парацетамол ректально 10 мг/кг.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Основными факторами риска, влияющими на формирование родовой травмы новорожденных, являются большая масса плода, преэклампсия, осложнения течения родов.

2. В зависимости от локализации выделяют следующие виды родовых травм у новорожденных: родовые травмы мягких тканей, костно-суставной системы, внутренних органов, центральной и периферической нервной системы.

3. Лечение родовой травмы новорожденных проводится дифференцированно с учетом вида и тяжести повреждения.

4. Тактика сестринского ухода при родовой травме имеет свои особенности – это тщательное наблюдение за пациентом и особая осторожность при проведении различных манипуляций.

Список использованной литературы

1. Кравченко Е.Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 240 с.

2. Курзина Е.А. Прогнозирование состояния здоровья в анамнезе у детей, перенесших тяжелую перинатальную патологию // Детская медицина Северо-Запада. - 2015. - № 1. - С. 22-27.

3. Рылова Н. Ю. Уход за новорожденным ребенком : учебное пособие для СПО. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 424 с.

Джанбулатова Заира

Руководитель преподаватель

ЦМК хирургии, к.м.н. Дементьева Д.М.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Травма – это нарушение целостности органа (органов) или тканей под воздействием внешних факторов. Исключение составляют так называемые психические травмы, при которых страдает психика человека, но внешние и внутренние ткани сохраняют свою целостность.

На сегодняшний день медицинская сестра в своей работе руководствуется профессиональными стандартами. Мною разработана анкета, в основу которой положены требования, отраженные в профессиональных стандартах.

При опросе пациента медсестре необходимо выяснить обстоятельства, место, время возникновения и характер травмы. Основной жалобой является боль различной степени в месте перелома. При осмотре медсестра обращает внимание на деформацию конечности, ее вынужденное положение, наличие отека и гематомы в месте перелома. Нагрузка вдоль оси поврежденной

конечности вызывает резкое усиление боли в области перелома. Кроме того наблюдается укорочение конечности (возможно ее удлинение). При пальпации обнаруживается нарушение правильного расположения костных выступов, так называемых анатомических ориентиров кости. При около- или внутрисуставных переломах наблюдается сглаживание контуров сустава, увеличение объема сустава из-за скопления крови в его полости (гемартроз). В суставе активные движения могут отсутствовать или же быть резко ограниченными из-за боли. При попытке пассивных движений возникает усиление боли, так возможны патологические движения не характерные данному суставу. При открытых переломах имеется рана, из которой истекает кровь. Пальпация выявляет болезненность, крепитацию костных отломков, патологическую подвижность, нарушение функции конечности. Перелом может осложняться травматическим шоком, кровопотерей, повреждением внутренних органов.

Проблемы пациентов:

- боль;
- нарушение двигательной активности;
- невозможность осуществлять самоход в полном объеме;
- страх, тревога из-за травмы;
- слабость при кровотечении;
- риск инфицирования при открытом переломе.

Неотложная помощь при переломе:

1. Остановка кровотечения (если это открытый перелом).
2. Обезболивание (введение анальгетиков, новокаиновые блокады).
3. Холод на место перелома.
4. Обработка краев раны, наложение асептической повязки.
5. Транспортная иммобилизация (наложение шин).
6. Госпитализация в травматологическое отделение в положении лежа на носилках.

В стационаре для уточнения диагноза проводится рентгенологическое обследование поврежденной конечности.

Сестринские вмешательства при травмах нижних конечностей:

1. Наблюдение за состоянием пациента:
2. Профилактика пролежней:
3. Профилактика пневмонии:
4. Снижение болевых ощущений:
5. Помощь в проведении гигиенических мероприятий.
6. Помощь в восстановлении двигательной функции:
7. Психологическая работа с пациентом и его родственниками.

Исследование я проводила по месту жительства потому, что я хочу вернуться к себе домой и оказывать помощь в своей республике.

Медицинская помощь в Кайдагском районе республики Дагестан осуществляется несколькими медицинскими учреждениями. Это Кайдагская центральная районная больница, Районная поликлиника, ССМП, ФАПы в ряде сел района.

Медицинская сестра высшей квалификационной категории.

Помощь пациентам с травмами оказывается в хирургическом отделении. Заведующий отделением Мурадханов Гасбулла Рамазанович, старшая медицинская сестра Зубаилова Марьям Рабадановна. Отделение рассчитано на 25 коек, из них на травматологических больных выделяется 5 коек.

Работа проводилась в мае 2023 года, анализировались истории болезни пациентов, которые были госпитализированы с января по апрель 2023 года. Анализировалась помощь на догоспитальном этапе и в стационаре.

Мною проводился анализ историй болезни. Всего было проанализировано 15 карт. Исследование проводилось по специально составленной анкете.

При анализе карт мною выявлено, что чаще всего наблюдались открытые переломы нижних конечностей. При анализе вывихов отмечается что были 2 случая вывиха голеностопного сустава.

В отделение было госпитализировано 5 пациентов с закрытыми переломами нижних конечностей: трое с переломами бедра в возрасте 86, 81 и 77 лет, года и двое с перелом стопы после ДТП.

При анализе структуры переломов мною выявлено, что чаще всего наблюдались открытые переломы малоберцовой и большеберцовой костей.

При анализе возраста выявлено, что травмы нижних конечностей чаще наблюдались у пожилых людей.

При анализе места получения травмы выявлено, что в большинстве случаев травмы получены на вне дома. Очень часто отмечались падения на улице при ухудшении погодных условий у пожилых людей.

Был проведен анализ объема оказываемой помощи на догоспитальном этапе. Из сопутствующих заболеваний чаще всего наблюдались кровотечения. Из лечебных мероприятий чаще всего применялись: обезболивание, наложение шин и асептической повязки; не во всех случаях накладывался холод на место травмы, травмы чаще всего получались вне дома.

В качестве других манипуляций были применение воздуховода, инфузионная терапия, постановка периферического катетора. Важно отметить, что практически во всех случаях в не зависимости от характера травмы применялось охлаждение (в случае открытых переломов поверх асептической повязки), во всех случаях когда проводилась транспортировка накладывалась шина, кровоостанавливающий жгут накладывался в случаях повреждения мягких тканей, открытых и закрытых переломах. Асептическая повязка накладывалась в нескольких случаях закрытых переломов. Важно отметить, что в 3 случаях не проводилось обезболивание.

При анализе причин госпитализации выявлено, что в большинстве случаев это связано с характером травмы и возрастом пациента.

Мною было выявлено, что чаще всего пациенты находились в стационаре до 7 дней.

Всем пациентам и открытыми переломами проводилось хирургическое лечение. Пациенту в вывихом бедра проводилось вправление под общим обезболиванием.

Попова Яна

Руководитель преподаватель ЦМК хирургии, к.м.н. Дементьева Д.М.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Одной из важнейших социально-гигиенических проблем в настоящее время является травматизм. На протяжении всего 20 века актуальность проблемы травматизма росла, причем особое беспокойство вызывает не просто рост травматизма в России (особенно в последние годы), а то обстоятельство, что отмечается рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособности. Сегодня в экономически развитых странах мира травмы занимают 3 место среди причин смерти населения, причем травмы уносят жизни людей наиболее молодого трудоспособного возраста.

На сегодняшний день медицинская сестра в своей работе руководствуется профессиональными стандартами. Мною разработана анкета, в основу которой положены требования, отраженные в профессиональных стандартах.

Сестринские вмешательства при травмах верхних конечностей:

Наблюдение за состоянием пациента:

- подготовка к диагностическим и лечебным процедурам;
- контроль за пульсом, АД, температурой тела; контроль состояния гипсовых и мягких повязок;
- следить за состоянием кровообращения в поврежденной конечности (при тугой повязке у больного появляется боль в конечности, увеличивается отек, цианоз и онемение пальцев; в этих случаях повязку необходимо переменить);

- следить за положением конечности на лечебной шине при проведении скелетного вытяжения;
- надо следить, чтобы конечность не упиралась в спинку кровати. а груз не опускался на пол. Медсестра должна постоянно следить за положением пациента, так как неправильное положение может привести к неправильному сращению перелома или параличу конечности. Перестилать постель и подавать судно нужно очень осторожно, чтобы не вызвать смещение отломков;
- проводить обработку кожи вокруг спиц и место введения спиц (профилактика остеомиелита). Места введения спицы обрабатываются спиртовыми антисептическими растворами, спицы протирают спиртом, вокруг спицы в местах введения кладут салфетки, смоченные спиртом.

2. Профилактика пролежней:

- своевременная смена постельного и нательного белья; устранение складок на постели;
- смена положения в постели;
- протирание кожи камфорным спиртом;
- использование противопролежневых матрасов.

3. Профилактика пневмонии:

- дыхательная гимнастика.

4. Снижение болевых ощущений:

- введение анальгетиков по назначению врача;
- холод;
- изменение положения тела.

5. Помощь в проведении гигиенических мероприятий.

6. Помощь в восстановлении двигательной функции: лечебная физкультура (ЛФК). При длительном лежании наблюдается атрофия мышц. С целью профилактики необходимо проводить лечебную физкультуру с первых дней после травмы. Активные движения поврежденной конечности предупреждают атрофию мышц, остеопороз костей, улучшают кровообращение, ускоряют

процесс костеобразования;

- массаж;

- физиотерапия.

7. Психологическая работа с пациентом и его родственниками.

Работа проводилась с января по июнь 2023 года в ГБУЗ СК «Ипатовская РБ». Больные с травмами верхних конечностей при необходимости госпитализируются в хирургическое отделение. Как такого травматологического отделения больше нет с января 2023 года. В отделение хирургии было совмещено несколько отделений (травматологическое, ЛОР, офтальмологическое, урологическое). Часть травматологии рассчитана на 20 коек.

При анализе карт мною выявлено, что чаще всего наблюдались открытые переломы верхних конечностей. При анализе вывихов отмечается что были 2 случая вывиха плечевой кости.

В отделение было госпитализировано 2 пациентов с закрытыми переломами верхних конечностей: один с переломом плеча в возрасте 73 года и один с перелом кисти (производственная травма).

При анализе структуры переломов мною выявлено, что чаще всего наблюдались открытые переломы предплечья. При анализе возраста выявлено, что травмы верхних конечностей чаще наблюдались у трудоспособного населения. При анализе травматизма по месяцам есть четкая динамика связи травм верхних конечностей и погодных условий. Пик приходится на месяцы с неблагоприятными погодными условиями (гололед, снег). При анализе причин госпитализации выявлено, что в большинстве случаев это связано с характером травмы и в 1 случае возрастом пациента.

Мною было выявлено, что чаще всего пациенты находились в стационаре до 7 дней.

Всем пациентам с открытыми переломами проводилось хирургическое лечение. Пациенту с вывихом плеча проводилось вправление под общим обезболиванием.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕДЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ

Слово "стресс" пришло к нам из английского языка и в переводе означает "нажим, давление, напряжение". Стресс – это состояние общего возбуждения, психологического напряжения при деятельности в трудных, необычных, экстремальных ситуациях, неспецифическая реакция организма на резко меняющиеся условия среды.

Стресс многолик в своих проявлениях. Известно, что стресс может спровоцировать практически любое заболевание.

По данным Всемирной организации здравоохранения 45% всех заболеваний связано со стрессом, причем некоторые специалисты считают, что эта цифра в 2 раза больше. По данным исследования, 30-50% посетителей поликлиник – это практически здоровые люди, нуждающиеся лишь в улучшении эмоционального состояния.

Классический пример «экзаменационного стресса» можно обнаружить в периоды экзаменов в любом учебном заведении. Бессонные ночи, тревожные мысли, снижение аппетита, учащенный пульс и дрожь в конечностях — вот типичные проявления страха перед экзаменами. Проведенные в последние годы исследования показали, что страх перед экзаменами затрагивает все системы организма человека: нервную, сердечно-сосудистую, иммунную и др.

Экзаменационный стресс – один из самых распространенных видов стресса. Исследования показывают, что за экзаменационный период в школах и вузах 48% юношей и 60% девушек заметно теряют в весе, а кровяное давление у них повышается до 140-155 мм ртутного столба.

Рассмотрим типичные симптомы экзаменационного стресса, которые могут быть отнесены к одной из четырех групп:

Физиологические симптомы усиление кожной сыпи; головные боли; тошнота; диарея; мышечное напряжение; углубление и учащение дыхания; учащенный пульс; перепады артериального давления.

Эмоциональные симптомы: чувство общего недомогания, растерянность, паника, страх, неуверенность, тревога, депрессия, подавленность, раздражительность.

Когнитивные симптомы: чрезмерная самокритика, сравнение своей подготовленности с другими в невыгодном для себя свете, неприятные воспоминания о провалах на экзаменах в прошлом (своих или чужих), воображение отрицательных последствий неудачи на экзамене, кошмарные сновидения, ухудшение памяти, снижение способности к концентрации внимания, рассеянность.

Поведенческие симптомы: стремление заниматься любым другим делом, лишь бы не готовиться к экзамену, избегание любых напоминаний об экзаменах, уменьшение эффективности в учебе в экзаменационный период, вовлечение других людей в тревожные разговоры о предстоящих экзаменах, увеличение употребления кофеина и алкоголя, ухудшение сна и ухудшение аппетита.

Легкое волнение перед экзаменом – это вполне естественное и даже необходимое состояние. Оно мобилизует, настраивает на интенсивную умственную работу.

Исследовательская работа «Экзаменационный стресс и способы его преодоления» имеет прикладной характер, она имеет практическую направленность, её результаты могут быть использованы в учебном процессе при подготовке к экзаменам студентов.

В ходе исследования приняли участие обучающиеся СБМК - 53 человека. Был использован следующий инструментарий: Анкета «Когда я думаю о предстоящих экзаменах»

Анализируя результаты анкеты, было установлено, что, более половины, обучающихся считают, что они подвержены стрессу во время экзамена (68%).

В связи с предстоящими экзаменами большинство испытывают неблагоприятные эмоциональные состояния, такие как волнение-66%.

Свою подготовленность к предстоящим экзаменам на сегодняшний день большинство опрошенных отметили как среднюю (73%).

89% обучающихся не знают методов успешного запоминания учебного материала, 22% студентов сомневаются в успешности сдачи экзаменов.

Как активизировать умственную деятельность знают 62 % всех опрошенных, большинство из которых- обучающиеся 1 курса (90%) и, а вот 60% студентов 2 курса не знают этого. Большинство опрошенных осознают, что к экзаменам надо серьезно готовиться (45 %), но при этом переживают (45%), в основном, это студенты 2 курса (57%).

Профилактика стресса

- Готовясь к экзамену, настраивайтесь на успех, подкрепляйте свою уверенность в собственных силах, говоря себе: «Все хорошо, у меня все получится, я все вспомню».

- Избегайте паники
- никогда не думать о провале на экзамене.
- Соблюдение распорядка дня
- Рациональное питание
- Прогулки на свежем воздухе
- Дыхательная гимнастика
- Гимнастик для мозга
- Массаж

Проводя анализ моих исследований, было установлено, что большой процент обучающихся СБМК при подготовке и во время экзаменов подвержены неблагоприятным эмоциональным состояниям: волнению,

тревоге, сомнениям в своей успешности при подготовке и сдаче экзаменов, большинство не знают приемов активизации умственной деятельности. Это позволяет сделать вывод о том, что достаточно высокий процент учащихся (68%) подвержены экзаменационному стрессу. 43,5 % учащихся имеют высокий уровень ситуативной тревожности.

Активность – единственная возможность покончить со стрессом: его не пересидишь и не перележишь. Постоянное сосредоточение внимания на светлых сторонах жизни и на действиях, на которые могут улучшить положение, не только сохраняет здоровье, но и способствует успеху. Ничто не обескураживает больше, чем неудача, ничто не ободряет больше, чем успех!

Натарова Олеся

Руководитель преподаватель Панарина Е.В.

ТАКТИКА АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки (РШМ) - одна из наиболее распространенных злокачественных опухолей у женщин. По данным ВОЗ, в мире ежегодно выявляется около 600 тыс. новых случаев рака этой локализации, занимающих первое место в структуре заболеваемости и смертности среди всех злокачественных новообразований женских половых органов.

Рак шейки матки занимает первое место среди всех онкогинекологических заболеваний у женщин в возрасте до 30 лет (27,9%), что свидетельствует о большой частоте инфицирования женщин вирусом папилломы человека (ВПЧ) в раннем возрасте, когда женский организм особенно восприимчив к инфекции. Руководство страны и Минздравсоцразвитие России уделяет особое внимание борьбе с онкологическими заболеваниями, при этом акцент делается на диспансеризацию населения. Учитывая неблагоприятную ситуацию с заболеваемостью РШМ в РФ, высокую смертность от него, необходимы меры по предупреждению этого тяжелого заболевания, уносящего тысячи жизней молодых женщин.

В целях дальнейшего обеспечения своевременности лечения этого тяжелого заболевания крайне важным представляется поиск новых, простых, экономически доступных и в то же время информативных методов ранней диагностики и профилактики РШМ.

Целью исследовательской работы явилось изучение особенности патологических процессов шейки матки у женщин репродуктивного возраста и особенности профилактики данной патологии.

Методы профилактики РШМ

- наличие постоянного сексуального партнера и регулярная половая жизнь
- использование презервативов для предупреждения заражения вирусом папилломы человека (ВПЧ)
- пользоваться средством Эпиген-интим для гигиены внутренних и наружных половых органов
- соблюдение правил личной гигиены
- отказ от курения
- отказ от оральных контрацептивов. (длительный прием противозачаточных средств может вызвать нарушения гормонального фона у женщин)
- профилактика травмам при гинекологических манипуляциях
- лечение предраковых состояний
- правильное питание
- специфическая профилактика препаратом Гардасил

Был проведен ретроспективный анализ 45 карт амбулаторных больных на базе ГБУЗ СК «Городской консультативно диагностической поликлиники» г. Ставрополя.

Сравнительный анализ проводился в трех подгруппах: женщины активного репродуктивного возраста (17-34года) I подгруппа – 12 (26%), женщины позднего репродуктивного возраста (35-49лет) - II подгруппа – 17 (38%), женщины в менопаузальном периоде (50-65 лет) - III подгруппа – 16 (36%).

При изучении анамнеза уделялось внимание началу половой жизни.

В Обследуемой группе половая жизнь в 15-17 лет составила 13%(6), в 18-20 лет 29%(13), 21-25 лет 42%(19) и старше 25 лет 16% (7).

Уделялось внимание наличию половых партнеров.

Состояли в браке 42%(19) женщин, в гражданском браке 27%(12), не замужем 31% (14).

При исследовании учитывался репродуктивный анамнез

Многорожавшие составили 47%(21), повторнородящие 33%(15), 1 роды в анамнезе у 13%(6), не рожавшие 7%(3).

Все женщины с патологическими процессами шейки матки страдали гинекологическими заболеваниями и 90% из них имели ЭГП

Заболевания почек у 40%(18), щитовидной железы 27%(12), анемии 20%(9) и ЖКТ у 13%(6).

Из гинекологических заболеваний преобладают кольпиты 47%(21), на втором месте эндоцервициты 33%(15) и 20% (9) полипы шейки матки

Субъективными признаками патологических процессов шейки матки у 77% женщин являлись жалобы на дискомфорт в области наружных половых органов: контактные кровотечения отмечали 82% (37), лейкоорею– 18% (8). Среди женщин с выявленными патологическими состояниями шейки матки в 23% случаев жалобы отсутствовали

В структуре заболеваний шейки матки доброкачественные процессы выявлены у 54%(24) женщин, предрак (дисплазия) у 33% (15), рак у 13% (6).

Результаты кольпоскопического исследования показали, что лидирующей патологией являлись: эктопия 24(53%), цервициты 14(31%), ГУШМ 7(16%).

При проведении цитологического исследования более 70% мазков отпечатков указывали на пролиферацию и воспаление цервикального эпителия шейки матки как среди женщин активного, так и позднего репродуктивного возраста.

Так у 80% женщин в мазках (I тип) диагностирован воспалительный процесс, у 12% (II тип) в мазках выявлена дисплазия, 6% (III тип) подозрение в отношении злокачественного процесса и 2% (IV тип) диагностирован рак.

Все исследуемые женщины получили соответствующее лечение: 54%(24) проведена противовоспалительная терапия, 33% (15) произведена ДЭК, 13%(6) произведена экстирпация матки с придатками с последующей лучевой терапией.

Выявлен ОАГА у женщин с заболеваниями шейки матки: ранний половой дебют 15%, многорожавшие 47%, не состоящие в браке - 60%, ЭГП (заболевания почек 40%, анемия 20%);

Чаще выявлялись заболевания ш/м у женщин позднего репродуктивного возраста 47% и менопаузального периода 40%.

Основной фактор риска - воспалительные заболевания ЖПО (кольпиты, эндоцервициты, полипы шейки матки) в 100%

В структуре заболеваний шейки матки доброкачественные процессы выявлены у 54%(8) женщин, предрак (дисплазия) у 33% (5), рак у 13%.

Цитологическое исследование позволило подтвердить рак ш/м только у 2% женщин, у 12% - дисплазию и 6% подозрение на злокачественный процесс, а у 80% женщин - диагностирован воспалительный процесс.

С лечебной целью у 54% женщин проведена противовоспалительная терапия, 33% произведена ДЭК, 13%- экстирпация матки с придатками с последующей лучевой терапией.

В целях повышения эффективности активного выявления больных ранними формами рака и предраковыми заболеваниями шейки матки целесообразно внедрение организационных форм скрининга рака шейки матки, включающего усовершенствованный метод кольпоскопического исследования в условиях поликлинических учреждений.

В задачи акушерки входит не только выявление патологии, но и проведение профилактических мероприятий направленных на предупреждение заболеваний (например, введения препарата Гардасил)

Практические рекомендации

1. Для формирования групп риска развития рака шейки матки рекомендуется система организационных форм, включающая анкетирование организованного и неорганизованного населения через амбулаторно-поликлиническую службу и установление факторов вероятности развития и выявления рака шейки матки.

2. Увеличить кратность проведения медицинских осмотров до 2-х раз в год.

3. В целях повышения эффективности активного выявления больных ранними формами рака и предраковыми заболеваниями шейки матки целесообразно внедрение организационных форм скрининга рака шейки матки, включающего усовершенствованный метод кольпоскопического исследования в условиях поликлинических учреждений общелечебной сети здравоохранения.

4. При выявлении патологии шейки матки необходимо проведение полного комплекса лечебно-профилактических мероприятий с широким использованием щадящих хирургических вмешательств на ранних стадиях развития диспластического процесса и с последующей иммунной и общеоздоровительной реабилитацией.

5. Девочек-подростков в семьях, где были случаи рака шейки матки, нужно информировать об увеличении риска заболевания при раннем начале половой жизни (ранее 15-летнего возраста).

6. Пациенткам с факторами риска рака шейки матки следует настойчиво рекомендовать отказаться от курения.

Библиографический список

1. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах. ДеЧерни А.Х., Натан Л. 2018 г. Издательство: МЕДпресс-информ

2. Акушерство / Под редакцией Г.М. Савельевой. - М.: Медицина, 2019.

3.Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

4. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н.Стрижакова, А.И.Давыдова, Л.Д.Белоцерковцевой. – Ростов- на- Дону: «Феникс», 2018

5. Киселев, В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки / В.И. Киселев. -М.: Изд-во Димитрейд График Групп, 2019. 184 с.

6. Козаченко, В.П. Рак шейки матки / В.П. Козаченко // Современная онкология. 2019. - Т. 2, № 2.

ГБПОУ СК «БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Каунова Д.

Руководитель преподаватель Кочеткова С.Н.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ 2 стр.

Студенты: Г.В. Агаджанян, И.В. Колябина

Руководитель преподаватель Ю.И. Кумпан

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА СЛУЖБЕ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ 8 стр.

Тюльпинова Анастасия,

Руководитель преподаватель Кайванова И.Г.

**ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С
БЕРЕМЕННЫМИ. ВОЗДЕЙСТВИЕ СТРЕССА НА ПЛОД.
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МАТРИЦА ГРОФА** 13 стр.

Красавина Дарья

Руководитель: преподаватель Рудакова Н.В.

**ПРОБЛЕМА НЕВРОЗОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ. АСТЕНО-
НЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** 19 стр.

Шинкаренко Т., Задурная Е.,

Цветушкина Т., Никаалиева Х.

Руководитель преподаватель А.А. Черкесова

ПЛОСКОСТОПИЕ: ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА 27 стр.

Ю.А. Буракова

Руководитель преподаватель А.Н. Белясникова

ПАМЯТНИКИ АРХИТЕКТУРЫ ГОРОДА БУДЕННОВСКА 36 стр.

ЕССЕНТУКСКИЙ ФИЛИАЛ ФГБОУ ВО СГГМУ МЗ РФ

Ж. М. Аль Наэжжар

Руководитель преподаватель А. А. Малова

КОФЕ В СИСТЕМЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ 46 стр.

М. Л. Григориадис

Руководитель преподаватель У. С. Дуйсенбиева

ПИЯВКА: ЦЕЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА «ЖИВОЙ ИГЛЫ» 54 стр.

А. М. Оганесян

Руководитель преподаватель Е. Д. Склярова

БОДИМОДИФИКАЦИЯ: ОТ ИСТОКОВ К СОВРЕМЕННОСТИ 60 стр.

ФГБ ПОУ

«КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» МЗ РФ

А.М. Абдулхамидов, С.Д. Хусанов

Руководитель преподаватель Е.А. Дёмина

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ 65 стр.

А.Г. Каспарьян, Т.В. Зайцева

Руководитель преподаватель Т.Н. Жилева

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТА	68 стр.
<i>И.А. Кедич</i>	
<i>Руководитель преподаватель Г.А. Сотниченко</i>	
МАССАЖ И ЛФК ПРИ ВОЗРАСТНЫХ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ	73 стр.
<i>А.Ю. Колбина, В.В. Арзуманян</i>	
<i>Руководитель преподаватель О.И. Рулла</i>	
АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА МАНДАЛА-ТЕРАПИИ, КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ И ШКОЛЬНИКОВ	76 стр.
<i>П.Г. Лещенко</i>	
<i>Руководитель преподаватель Н.В. Николаева</i>	
РЕСУРСЫ ОСОЗНАННОСТИ ИЛИ ГДЕ НАЙТИ ФУНДАМЕНТ И ОПОРУ ДЛЯ ГАРМОНИЧНОЙ ЖИЗНИ	82 стр.
<i>А.И. Мавлимбердиева</i>	
<i>Руководитель преподаватель О.В. Блохина</i>	
МОЯ БУДУЩАЯ ПРОФЕССИЯ – МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА	86 стр.
<i>А.Ф. Мусаева, Л.А. Муртазова</i>	
<i>Руководитель преподаватель Л.В. Хотова</i>	
ВЛИЯНИЕ МАГНИТНЫХ БУРЬ И СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	90 стр.
<i>Д.Б. Мушкина, А.С. Шульгина</i>	
<i>Руководители преподаватели: И.В. Маломужева, А.Б. Стахова</i>	
ВЛИЯНИЕ КОФЕ НА ОРГАНИЗМ ПОДРОСТКА: ЛЕЧИТ ИЛИ КАЛЕЧИТ?	94 стр.
<i>А.Г. Шагинян</i>	
<i>Руководитель преподаватель Е.Н. Захарова</i>	
ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО - ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	100 стр.
<i>В.И. Щетинин</i>	
<i>Руководитель преподаватель Э.М. Агаджанян</i>	
ПОНЯТИЕ И ВИДЫ ЭКСТРЕМИЗМА	103 стр.
ГБРОУ СК «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»	
<i>Байрамкулова Радима</i>	
<i>Руководитель к. философ. н., Больбат А.А.</i>	
ЭТИ НЕПОСТИЖИМЫЕ РУССКИЕ: ОТВАГА И ГЕРОИЗМ РОССИЯН ГЛАЗАМИ ВРАГОВ	107 стр.
<i>Востриков Вадим</i>	
<i>Руководитель преподаватель Вострикова Е.А.</i>	
АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ КМК О ДЕЙСТВИИ ОВ НА ОРГАНИЗМ И СПОСОБАХ ЗАЩИТЫ	111 стр.

Аюбова Шахзада
Руководитель преподаватель Усова Н.В.
ПИОДЕРМИИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ 113 стр.
РФ

РГБОУ
«КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

М.Х. Аджиева,
Руководитель преподаватель Г.М. Астежсева
КОФЕ В НАШЕЙ ЖИЗНИ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД 115 стр.

Л.К.Бакова
Руководитель преподаватель А.И.Казиева
ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ 117 стр.

Студенты А.А. Голаев, А.З. Кошев, А.А. Текев, А. А. Кулов
Руководитель преподаватель А.А.Койчуева
ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА ФРУКТОВЫХ СОКОВ 124 стр.

Студентки С.Р. Добагова, Д.Г.Шебзухова,
Руководитель преподаватель Ф.А.Демирташ
ПЛАСТИК - ПЯТЫЙ ВСАДНИК АПОКАЛИПСИСА 127 стр.

Студентки Х.А.Созарукова, М.С.Чомаева,
Руководители преподаватели О.И. Джускаева, Ф.Р. Хатуева
СРЕДСТВА ПО УХОДУ ЗА ЛЕЖАЧИМИ БОЛЬНЫМИ 130 стр.

ГБПОУ СК «ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Головченко А.Б.
Руководитель преподаватель Бирюкова Е.В.
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТАЦИДНЫХ СРЕДСТВ 133 стр.

Юшко В. А.
Руководитель преподаватель Пыжъянова И.М.
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ 137 стр.

Белоусова Е.С.
Руководитель преподаватель Урумян Е.М.
FAST-FOOD. ВЛИЯНИЕ «БЫСТРОЙ ЕДЫ» НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА 138 стр.

ГБРОУ СК
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Ануфриенко Маргарита
Руководитель педагог-психолог Г.П. Женюх
ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ КАК ОСОБАЯ КАТЕГОРИЯ ВОЗРАСТНОЙ ПСИХОЛОГИИ 141 стр.

Иващенко Олеся
Руководители: преподаватель Н.Н. Женюх,
педагог-психолог Г.П. Женюх

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	148 стр.
<i>Ишутина Диана</i> <i>Руководитель преподаватель Немеш М.В.</i>	
ЦВЕТ В СТИХОТВОРЕНИЯХ РУССКИХ ПОЭТОВ	153 стр.
<i>А.В. Соловьева</i> <i>Руководитель Н.Н. Кобозева</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЯН	157 стр.
<i>С.А. Суюндикова</i> <i>Руководитель преподаватель Шуаева Е.В.</i>	
ДОКТОР ЖИВАГО И ДРУГИЕ ВРАЧИ В РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ XX ВЕКА	162 стр.
<i>С.А. Идрисова</i> <i>Руководитель преподаватель Шуаева Е.В.</i>	
ФЛОРА И ФАУНА В ПОЭЗИИ СЕРЕБРЯНОГО ВЕКА	170 стр.
<i>Боташева Карина</i> <i>Руководитель председатель ЦМК фармации Е.А. Семенченко</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ФИТОПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИНСУЛЬТА	176 стр.
<i>Мазикина Олеся</i> <i>Руководитель преподаватель Б.С. Тедеева</i>	
ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ	185 стр.
<i>Иванова Анастасия</i> <i>Руководитель преподаватель Фатуллаева А.Я.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИТАМИННЫХ БАД И ЛС	189 стр.
<i>Волчек Анна</i> <i>Руководитель преподаватель Л.А. Крылова</i>	
АНАЛИЗ СЕГМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ	195 стр.
<i>Дзыба Амина</i> <i>Руководитель преподаватель И.И. Решетова</i>	
АНАЛИЗ СЕГМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ТОВАРОВ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА	199 стр.
<i>Аброткина Таисия</i> <i>Руководитель преподаватель Романченко И.В.</i>	
АССОРТИМЕНТ СРЕДСТВ ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ПОТЕРЕ ВОЛОС В АПТЕКАХ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ	203 стр.
<i>Зинченко Елена</i> <i>Руководитель преподаватель Романченко И.В.</i>	
АССОРТИМЕНТ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В АПТЕКАХ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ	208 стр.
<i>А.И. Шуваева</i> <i>Руководитель преподаватель Бочарова Л.И.</i>	

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОРЧ – ИНФЕКЦИИ
У БЕРЕМЕННЫХ** 211 стр.

Шустова Дарья

*Руководители: преподаватель Карпцова Г.А.,
зав. лабораторией, к.м.н., КДЛ «Городская больница №3»*

г. Ставрополя О.С. Костарнова

**ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА
КОПРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ** 215 стр.

Е.С. Кравченко

*Руководители: преподаватель М.В. Кобзева,
врач-лаборант КДЛ «ГКБ №3» г. Ставрополя Н.А. Степанян*

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ
ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ** 218 стр.

Е.И. Евдокимова

*Руководители: преподаватель Е.М. Цитиридис,
врач-лаборант КДЛ «КГБ №3» г. Ставрополя И.В. Кравченко*

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ТЕХНИКА
ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА** 223 стр.

А.В. Шамехина

*Руководители: преподаватель Н.И. Ховасова,
биолог КДЛ «КГБ №3» г. Ставрополя В.А. Афанасьева*

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНГО-КРЫМСКОЙ
ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В СК** 228 стр.

Черкашина Анастасия

*Руководитель преподаватель ЦМК
хирургии, к.м.н. Дементьева Д.М.*

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ** 232 стр.

А.И. Фенин

*Руководитель преподаватель ЦМК терапии,
к.м.н. Е.Н. Мисетова*

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ У ПАЦИЕНТОВ С
ИНФАРКТом МИОКАРДА** 235 стр.

Чугай Е.А.

*Руководитель преподаватель ЦМК
акушерства и педиатрии, к.м.н., Германова О.Н.*

**СЕСТРИНСКИЙ УХОД И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ** 240 стр.

Шарова А.А

*Руководитель председатель ЦМК
акушерства и педиатрии, к.м.н., Германова О.Н.*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА РЕБЕНКОМ С РОДОВОЙ ТРАВМОЙ 243 стр.

Джанбулатова Заира

Руководитель преподаватель

ЦМК хирургии, к.м.н. Дементьева Д.М.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 247 стр.

Попова Яна

Руководитель преподаватель хирургии, к.м.н. Дементьева Д.М.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 251 стр.

Казак Дарья

Руководитель преподаватель Л.А. Жерлицына

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕДЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ 254 стр.

Натарова Олеся

Руководитель преподаватель Панарина Е.В.

ТАКТИКА АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ 257 стр.

**Сборник материалов
научно-практической студенческой конференции. –
Ставрополь: учебно-методический отдел, 2023.**

**В сборнике представлены материалы участников
студенческой научно-практической конференции,
состоявшейся 2 июня 2023 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**