



**ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«КУРСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

2024
ГОД СЕМЬИ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Материалы Международной
студенческой научно-практической конференции
16 апреля 2024 года

Редакционная коллегия:
Т.И. Гаврилова (отв. ред.)
К.А. Жданова
В.А. Телегина

Курск, 2024

ББК 51.1 (2 Рос), 2
Л 53

Редакционная коллегия:

Т.И. Гаврилова, канд. филол. наук, доц. (отв. ред.)
К.А. Жданова
В.А. Телегина

Л 53 Лечебно-профилактическая деятельность медицинского работника: материалы Международной студенческой научно-практической конференции / Под ред. Т.И. Гавриловой. – Курск, КБМК, 2024. – 586 с. – Электронное издание. – Электрон.текстов.дан. – Курск, Курский базовый медицинский колледж, 2024. – апрель. 2,62 МБ (586 с.).

Материалы публикуются в авторской редакции.

ББК 51.1 (2 Рос), 2

© Коллектив авторов, 2024г.
©Областное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Курский базовый медицинский колледж», 2024г.

СОДЕРЖАНИЕ

1.Адоньева О. Н. (г. Щигры)	12
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ	
2. Андриюшкова А. А. (г. Белёв)	16
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ	
3. Атанова А.А (г. Старый Оскол)	22
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ	
4. Бабакова К.Ю. (г. Белгород)	27
СТАТИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЩЕВЫХ РАССТРОЙСТВ	
5. Багдасарян Е.В., Козлова Т.И. (г. Щигры)	31
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	
6. Базова А.А. (г. Белогород)	36
ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ОТВЕТСТВЕННОГО ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ.	
7. Барышева В.С. (г. Старый Оскол)	41
ОЦЕКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ХИМИЧЕСКОМУ СОСТАВУ И СВОЙСТВАМ	
8. Бочарова О.В. (г. Курск)	46
ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР.	
9. Белова В.С., Петрищева А.А. (г. Щигры)	50
ВЛИЯНИЕ КОФЕЙНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	
10. Беляева А.А. (г. Белгород)	55
КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ВОПРОСАМ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
11. Булгараш О.В., Коновалова А.В. (г. Белгород)	60
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ	
12. Веремчук Т.Р., Ониськива А.П. (г. Белгород)	66
МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА	
13.Вехлова А.А. (г. Курск)	71
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	
14. Вовк Л.М. (г. Белгород)	76

ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	81
15. Воробьева И.В. (г. Белгород)	
АСПЕКТЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ	86
16. Вялых В.Е. (г. Курск)	
ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КУРСКА В ВОПРОСАХ УТИЛИЗАЦИИ ЛЕ- КАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ИСТЕКШИМ СРОКОМ ГОДНОСТИ	91
17. Гавриленкова Н.Г. (г. Белгород)	
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РА- БОТНИКА НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРО- ЦЕССА	93
18. Галанюк А.П., Ханахмедова А.Р. (г. Белгород)	
РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	98
19. Ганичева М.А (г. Белгород)	
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ КАК НАУКА И УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА	101
20. Гарбуз В. В., Демидова К. А. (г. Москва)	
ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕ- МЕННЫХ К РОДАМ. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ.	108
21. Глѐз Х.А. (г. Льгов)	
ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ КАК ЗАЛОГ ЗДОРОВОЙ НАЦИИ	112
22. Грачикова А.А. (г. Белгород)	
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАПИЛОМАВИРУСОМ	117
23. Гулевская К.А. (г. Белгород)	
ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕ- ДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	120
24. Гуптор К.А. (г. Белгород)	
ОСНОВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С НАСЕЛЕНИЕМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТ- РЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	123
25. Дегтярёва Д.П. (г. Белгород)	
СТАТИСТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИАРЕИ У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА	125
26. Делова М.А. (г. Щигры)	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕМАТИЧЕСКИХ МИНУТОК ЗДОРОВЬЯ НА УРОКАХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА	130
27. Дементенко А.А. (г. Старый Оскол)	
АНГЕЛЫ – СПАСИТЕЛИ В ПОГОНАХ: ПОДВИГ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	135
28. Диденко А.Р. (г. Белгород)	
РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	

29. Дмитроченко К.А. (г. Курск)	140
ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НИКОТИНОСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ НА ЗУБОЧЕЛЮСТНУЮ СИСТЕМУ	
30. Дорошенко А.Н. (г. Белгород)	144
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕРПЕСОМ ЗОСТЕР	
31. Евсюкова П.В. (г. Белгород)	148
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИ- ЕНТОВ	
32. Ефанова Д.С. (г. Белгород)	153
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ ОТ ПЕРВОБЫТНОЙ ЭРЫ ДО ВИЗАНТИИ	
33. Жданова Ю.А., Милькина П.С. (г. Курск)	158
НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТА «НЕ БУДЬ РАВНОДУШЕН К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ!» ПО СОЗДА- НИЮ УСЛОВИЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ У ПОДРАСТАЮЩЕ- ГО ПОКОЛЕНИЯ	
34. Заводовский В.С. (г. Старый Оскол)	163
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ЗАКРЫТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ И ВОЗДУХА РАБОЧЕЙ ЗОНЫ НА ПРОМЫШЛЕН- НЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	
35. Закарюкина У.Д. (г. Курск)	166
КАК ВЛИЯЮТ ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ НА ЗУБОЧЕЛЮСТ- НУЮ СИСТЕМУ?	
36. Заманов Г.М. (г. Белгород)	171
ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
37. Зарудня Ю.Д. (г. Воронеж)	176
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ-ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА	
38. Затенацкая А.В., Легезина В.В. (г. Белгород)	181
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ АСПЕКТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ	
39. Затолокина О.О (г. Курск)	186
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ	
40. Ивлева О.А. (г. Тула)	190
ТОНИЗИРУЮЩИЕ (ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ) НАПИТКИ – ВСЯ ЭНЕР- ГИЯ ТОЛЬКО БЛАГОДАРЯ САХАРУ	
41. Инякова В.В., Щепихина А. П. (г. Курск)	196
ПРОБЛЕМА ЛЕВОРУКОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИКО- ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА	
42. Калачева А.А. (г. Белгород)	201
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИ- ЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
43. Калинина А.В. (г. Белгород)	206

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
44. Калущкая А.А. (г. Курск)	211
МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ	
45. Капустина А.А. (г. Старый Оскол)	217
САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	
46. Каракулина М.С., Мартынова Е.Ю. (г. Курск)	222
ПРОБЛЕМА СИНЕГО СВЕТА ОТ ГАДЖЕТОВ В ЖИЗНИ ПОКОЛЕНИЯ Z	
47. Карелина А.Н. (г. Курск)	227
ВКЛАД ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ В ПОБЕДУ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ	
48. Карнаухова О. М. (г. Щигры)	231
АНАЛИЗ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА ФАПА В ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ УХОДУ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ	
49. Качанова К.Д. (г. Белгород)	236
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ	
50. Кашолкина А.А. (г. Курск)	241
ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЁЖИ К СУРРОГАТНОМУ МАТЕРИНСТВУ	
51. Клем Н.М., Филина Л.А. (г. Орел)	246
АБОРТ. ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ	
52. Козлитина В.В. (г. Курск)	251
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАСТИЯ – СВЯЗЬ ПОКОЛЕНИЙ	
53. Колтакова П.Е. (г. Старый Оскол)	256
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТАРООСКОЛЬСКОЙ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОЙ ШКОЛЫ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
54. Кондрашова В.С. (г. Курск)	261
СОВРЕМЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ В ПРОТЕЗИРОВАНИИ	
55. Кононова В.Р., Гладилина Е.Е. (г. Курск)	264
ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ МИОПИИ У СТУДЕНТОВ	
56. Косорукова В.С. (г. Курск)	267
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ОТ ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
57. Котяш К.А. (г. Белгород)	270
ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ НАУЧНОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	
58. Кочина А.В. (г. Белгород)	275

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, ПРИЗНАКИ АНОРЕКСИИ	
59. Красноруцкая М.П. (г. Белгород)	280
ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИМАКСА У ЖЕНЩИН	
60. Кузив А.В. (г. Курск)	282
ВЛИЯНИЕ ВИРУСОВ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ МУЖ- ЧИН И ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ COVID -19	
61. Кунцова К.Р. (г. Белгород)	286
ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВА- НИЙ	
62. Курганова Т.А. (г. Курск)	292
ЗНАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОБЩЕНИЯ – ОСНО- ВА УМЕНИЯ ОБЩАТЬСЯ	
63. Курдюкова Е.А., Трапезникова А.С. (г. Курск)	296
СРЕДНЕЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СССР В ДОВО- ЕННЫЙ ПЕРИОД (1917 - 1940 гг.)	
64. Литвиненко Ю.Р. (г. Белгород)	301
ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ЭПОХУ ЦИФРО- ВИЗАЦИИ И ИНТЕРНЕТА	
65. Литвинова В.А. (г. Белгород)	306
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ПРИМЕРЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ	
66. Лыкова К.Е. (г. Курск)	310
ГИПОДИНАМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕ- ЛОВЕКА ОТ МАЛА ДО ВЕЛИКА	
67. Маркина К.С. (г. Курск)	315
ВОПРОСЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В РАБОТЕ ФАРМАЦЕВТА	
68. Маслова В.А. (г. Белгород)	320
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ	
69. Масловская А.А. (г. Старый Оскол)	321
АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПА- ЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА	
70. Медведева А.Р. (г. Белгород)	329
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ И ГЕМОТРАНСФУЗИО- ЛОГИИ	
71. Миронова Д.В. (г. Курск)	333
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА У ПОДРОСТКОВ	
72. Михайлова Е.В. (г. Старый Оскол)	336
САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СЫРОВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В ТОРГОВОЙ СЕТИ Г. СТАРЫЙ ОСКОЛ	
73. Мишина. Н.И. (г. Курск)	341
«СТАБИЛОПЛАТФОРМА» И УМНАЯ ПЕРЧАТКА «АНИКА» КАК СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ	
74. Монетова. Р.А.(г. Курск)	346

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ О ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ	
75. Натарова А.С. (г. Старый Оскол)	349
ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА В СТАРООСКОЛЬСКОМ ГОРОДСКОМ ОКРУГЕ.	
ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ	
76. Овчаренко В.И. (г. Белгород)	354
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА	
77. Огурцова А.В. (г. Белгород)	358
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	
78. Окорокова Д.А. (г. Курск)	361
ОТ ОТЛИЧНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ШКОЛЫ К БИЗНЕСУ	
79. Олефирова М. В. (г. Белгород)	366
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ	
80. Осипова С.А. (г. Белгород)	371
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ	
81. Оспищева К.Е. (г. Белгород)	375
РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ	
82. Павлова Э.А. (г. Витебск)	380
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ МАРГАРИНОВ И СПРЕДОВ, ПРОИЗВОДИМЫХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
83. Павлова А.И., Петренко В.А. (г. Белгород)	386
ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
84. Пенькова К.А. (г. Старый Оскол)	391
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ФРУКТОВЫХ СОКОВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В ТОРГОВОЙ СЕТИ Г. СТАРЫЙ ОСКОЛ	
85. Переверзева В.И (г. Белгород)	396
ИСТОРИЯ ФАРМАЦИИ	
86. Плотникова Л.С., Муратова А.М. (г. Курск)	399
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ И МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	
87. Плохих П.И., Иваничкина Д.А. (г. Воронеж)	402
АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
88. Покутнева Д.В. (г. Белгород)	407
РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ВЫБОРЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ДЕТСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ	
89. Полякова Е.А. (г. Белгород)	412
ИСТОРИЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	
90. Попова А.Е. (г. Белгород)	416

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ УХОДА	
91. Пышьева К.К. (г. Белгород)	419
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	
92. Рагулин А.И. (г. Белгород)	423
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХОБЛ	
93. Рудой Д.И. (г. Старый Оскол)	427
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ И РФ	
94. Рутковская А.Л., Ющук З.В. (г. Витебск)	432
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЗАВИСИМОСТИ МОЛОДЕЖИ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАДЖЕТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ	
95. Рыбина Е.А. (г. Белгород)	438
ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	
96. Рымарчук В.А. (г. Белгород)	443
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	
97. Рябинина М.А. (г. Орёл)	446
УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ	
98. Садыков В.В., Хвашинский Е.В., Шевченко Н.А. (г. Курск)	451
СОН СТУДЕНТА КОЛЛЕДЖА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЕГО ЗДОРОВЬЕ	
99. Саницкая К.С. (г. Рыльск)	458
ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ОБПОУ «КБМК» РЫЛЬСКОГО ФИЛИАЛА	
100. Синицына М.А. (г. Белгород)	466
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	
101. Синицына П.А. (г. Белгород)	471
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	
102. Смирнова А.В. (г. Белгород)	475
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. РОЛЬ АКУШЕРКИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ	
103. Смирнова О.И. (г. Москва)	480
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ АКУШЕРКИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМии БЕРЕМЕННЫХ	
104. Снукаева А.В. (г. Белгород)	485
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	

105. Сорокина А.В. (г. Белгород)	490
ПРИНЦИПЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	
106. Сосновцев В.В. (г. Старый Оскол)	494
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ СТАРООСКОЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	
107. Субочева П.Д. (г. Курск)	498
ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	
108. Таранова В.В. (г. Белгород)	503
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
109. Терехова А.В. (г. Льгов)	507
ПРОБЛЕМА ЛИШНЕГО ВЕСА У ПОДРОСТКОВ	
110. Титова Я.И. (г. Старый Оскол)	513
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	
111. Томаровская А.Е. (г. Белгород)	518
РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ	
112. Труфанова П.А. (г. Старый Оскол)	522
ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	
113. Умнова Л.А. (г. Курск)	526
ВЛИЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАМИ	
114. Холкина А.А. (г. Белгород)	532
ПРОФИЛАКТИКА СКОЛИОЗА У ПОДРОСТКОВ	
115. Хрулева О.А. (г. Железногорск)	537
ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
116. Цветкова М.С. (г. Москва)	543
УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ И ЗОЖ	
117. Чекрыжова Н.В. (г. Белгород)	548
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО БОРЬБЕ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
118. Чепегина Л.Е. (г. Курск)	551
МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПРИ РЕАБЕЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА	
119. Шарапова А.А. (г. Курск)	555
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЛЕЧЕНИЕ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ	
120. Шевлякова Д.Л. (г. Курск)	560
ЗНАКОМЫЕ НЕЗНАКОМЦЫ: ОБОСНОВАННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ	

ЗАБОЛЕВАНИЙ	
121. Шевченко Т.С., Разовцева М.Н. (г. Витебск)	565
СОДЕРЖАНИЕ УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ	
122. Шеханина А.Д. (г. Белгород)	572
ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА	
123. Шуть Е.В. (г. Курск)	576
ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗИТИВНОГО РОДИТЕЛЬСТА У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ	
124. Юдин А.С. (г. Старый Оскол)	583
МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА	
125. Юрьева М.А. (г. Белгород)	586
АНТИБИОТИКИ И ИХ СОЗДАТЕЛИ, ОТКРЫТИЕ ПЕНИЦИЛЛИНА И СТРЕПТОМИЦИНА	

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Адоньева О. Н.

*Научные руководители – Чурилов В.А., Недригайлов Н.М.,
преподаватели Щигровского филиала
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Щигры*

Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, «нарушенных», болезнями, травмами или физическими, химическими факторами.

Чаще всего в реабилитации нуждаются пациенты с заболеваниями опорно – двигательного аппарата, сердечно – сосудистой и нервной системы, а также пациентам после операций и серьезных черепно – мозговых и спинных травм.

Участники реабилитационного процесса

Реабилитолог	Клинический психолог	Логопед
Невролог		Инструктор ЛФК
	Пациент (родственники пациента)	
Психиатр		Медицинская сестра
	Узкие специалисты (ортопед, кардиолог)	
Анестезиолог		Социальный работник

Медицинский работник принимает непосредственное участие в лечебно – диагностическом процесс и реализации программы реабилитации пациентов. Роль медицинской сестры по реабилитации особенно важна, так как зачастую именно сестринский персонал проводит максимальное время с пациентом.

В реабилитации пациентов участвует не только палатная медицинская сестра, но и медицинская сестра кабинета массажа, медсестра ЛФК, медсестра физиотерапевтического кабинета.

Обязанностями медицинской сестры при реабилитации пациентов:

- определение ключевых проблем пациента медицинского, бытового, социального и психологического плана;
- выявление факторов риска, которые могут ухудшить настоящее состояние пациента, связанные с различными последствиями основного или сопутствующих заболеваний, предлагает пути решения или предупреждения возможных проблем;
- участие в диагностическом процессе;
- уход медицинской сестры за пациентом, помощь в выполнении гигиенических процедур, помогая пациенту во время посещения туалета, умывания, купания, приема пищи;
- подготовка пациента к реабилитационным мероприятиям;
- оказание помощи врачу в проведении медицинской реабилитации;
- выполнения манипуляций и физиопроцедур по назначению;
- профилактика осложнений;
- круглосуточный надзор за пациентом;
- обучает пациентов самообслуживанию в изменившихся условиях окружающей среды или при изменении физических возможностях, например при параличах, нарушения координации движений, переломах, показать пациентам правильность и последовательность действий при одевании, умывании, расчесывания и т.д.

Этапами сестринского процесса в ходе реабилитации пациентов, это оценка состояния пациента при поступлении, интерпретация полученной информации и проведение назначенных анализов, составления и реализация плана ухода за пациентом и выполнение медицинских назначений врача, итоговая оценка эффективности проведенных мероприятий.

От квалификации, личных качеств медицинской сестры во многом зависит успешность реабилитации больного.

Восстановление начинается еще в палате интенсивной терапии, где медицинской сестрой проводится поддержание стабильного состояния. Медицинская сестра следит за динамикой и жизненными показателями пациента.

Также следит за:

- проветриванием палаты, поддерживая оптимальный температурный режим;
- для профилактики пролежней, чтоб каждые два часа пациента перекадывали, для сохранения нужного положения тела используя валики, специальные матрацы, подставки, подушки;
- проведением пассивной дыхательной гимнастики, массажа;
- проведением санации ротовой полости, гигиеническими процедурами.

В дальнейшем реабилитация осуществляется в реабилитационных отделениях или кабинетах.

Здесь уже медицинская сестра сталкивается с тем, что пациенты не могут себя обслуживать, боятся повторных травм, инсультов, инфарктов, порезов, параличей, появляются неврозы, депрессии. В этот период от медсестры многое зависит. Ее внимательность, доброжелательность, манера общения, это уже успех реабилитации.

Тут медицинская сестра обучает уходу и само уходу, обучает правильности использования средствами реабилитации (костыли, трости, кресла коляски и т.д.)

Этап реабилитации осуществляется амбулаторно в кабинетах и отделениях ЛФК, физиотерапии, рефлексотерапии, психотерапии, медицинской психологии, логопедии и дефектологии.

Проходить реабилитацию амбулаторно могут пациенты, которые не зависят от окружающих в повседневной жизни и у них сохранились способности передвигаться и общаться с окружающими.

Реабилитация может также осуществляться в дневном стационаре, а для больных в тяжелом состоянии и маломобильных – на дому.

Таким образом, участие медицинской сестры в реабилитации зависит от проблем, имеющих у больного. Внедрение сестринского процесса в процесс медицинской реабилитации необходимо для осуществления профессионального ухода, поскольку повышает качество работы медсестры и, следовательно, качество жизни пациента, связанное с состоянием здоровья.

Список литературы

1. Козлова, Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. пособие [Текст] / Л. В. Козлова, С. А. Козлов, Л. А. Семененко; под общ.ред. Б. В. Кабарухина. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2018 – 475 с.

2. Медицинская реабилитация: Учебник / Под ред. Епифанова А.В., Ачкасова Е.Е., Епифанова В.А. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 736 с.

3. Психологические аспекты медицинской реабилитации: Учебное пособие / Под ред. Ачкасова Е.Е., Твороговой Н.Д. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 352 с.

4. Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации: Руководство: В 5 т. Том I. Междисциплинарная структура реабилитологии / Под ред. А.И. Осадчих, С.Н. Пузина, Е.Е. Ачкасова. М.: Литтерра, 2017. 336 с.

ТАТУИРОВКА КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ МОЛОДЕЖНОЙ МОДЫ

*Андрюшкова А.А.
Научный руководитель - Федосова Л.Н., преподаватель
Белевского филиала
ГПОУ «Тульский областной медицинский колледж», г. Тула*

Введение

Сегодня татуировка на теле студентов никого не удивляет и не ввергает в шок, наоборот интригует и привлекает внимание окружающих.

Мода на татуировки не обошла Россию стороной, а также и наш колледж. В последние годы наблюдается повышенный интерес молодых людей к татуировкам на теле.

Здоровье подрывается неблагоприятными условиями жизни, вредными привычками и модными направлениями. Особую тревогу вызывает состояние здоровья молодого поколения. Именно в этом возрасте формируется репродуктивный, интеллектуальный, трудовой, военный потенциал страны.

Считаю, что эта тема **актуальна**, так как последнее время тема татуировки становится предметом оживленных дискуссий. Появляются новые стили и техники нанесения татуировки, поэтому вопрос о том, что насколько такие процедуры опасны является особенно актуальным.

Данная тема важна для меня тем, что все больше людей наносят на тело татуировки, не задумываясь о возможных последствиях, поэтому мне захотелось узнать о них и рассказать об этом нашим студентам.

Цель моего исследования: выявить уровень информированности студентов нашего колледжа о значении слова «татуировка», узнать о ее минусах и привлечь их внимание к своему здоровью.

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

1. Изучить литературные источники по теме исследования.
2. Выявить знания студентов о вреде татуировок для здоровья.

3. Предупредить о риске и последствиях для тех, кто только собирается

сделать себе татуировку.

4. Систематизировать собранный материал, проанализировать полученные результаты, сформулировать выводы.

5. Оформить буклет.

Объект исследования: татуировки.

Предмет исследования: отношение студентов к татуировкам.

Гипотеза исследования: недостаточность знаний о татуировках может нанести вред здоровью.

Методы исследования:

- изучение и анализ материалов по данной теме в информационных источниках (специальной литературе, Интернете);
- индивидуальное интервьюирование лиц имеющих татуировки.
- анкетирование студентов ГПОУ «ТОМК»;
- статистический метод (диаграммы) и систематизация материалов.

База исследования: студенты ГПОУ «ТОМК» Белевский филиал.

История происхождения татуировок

Сегодня очень сложно ответить на вопрос, когда же именно началась история татуировки. Есть факты, что впервые человек нанес рисунок на кожу более 60 000 лет назад. При раскопках в Египте была найдена мумия, возраст которой более 4 000 лет, у которой хорошо видны рисунки на коже – тату. Однако существуют факты, подтверждающие, что история возникновения татуировки началась гораздо раньше – еще при первобытном строе. В средние века с помощью нанесения татуировок клеймили воров, убийц и прелюбодеев. Сегодня татуировки почетный знак среди преступников [1].

«Красота требует жертв»

В настоящее время молодежь пытается всеми способами следовать моде, не задумываясь о последствиях. Они подражают своим куми-

рам, копируют поступки других. Но не всегда эти забавы проходят бесследно и не отражаются на здоровье.

Особенно подвержены влиянию моды молодые люди. Они стараются не обращать внимания на возможные риски и последствия.

Виды татуировок

Постоянные татуировки наносятся на тело на всю жизнь. Их сят при помощи татуировочной машинки. В зависимости от размера рисунка процедура может занимать от часа до нескольких часов и сопровождаться незначительным кровотечением. Сразу после нанесения тату представляет собой открытую рану, которая требует специального ухода. Заживает от 2 недель до 2 месяцев.

Мехенди - временные татуировки - (краситель — хна) исчезают максимум в течение месяца.

Перманентный макияж (татуаж) - одно из популярных направлений в эстетической косметологии. Татуаж - это неглубокое введение красящих веществ под кожу (на уровне эпидермиса, то есть не глубже легкой царапины). Татуаж в основном наносится на слизистые оболочки или более тонкие участки кожи. Он держится около 3-5 лет.

Вред татуировок с медицинской точки зрения

«Татуировка – это процесс закачивания краски в подкожный слой с помощью очень частого и совсем неглубокого накалывания татуировочной иглой»[1]. Это болезненный процесс, да и к тому же, не безопасный и причиняющий вред здоровью. Организм может начать отторжение краски, что приведет к образованию раны и испортит нанесенный рисунок.

Наиболее опасной из всех видов татуировок является перманентная, с использованием черных чернил. В ее состав, наряду с другими компонентами, входит парафениленодиамин. Если неправильно определить дозу этой субстанции или нарушить некоторые правила ее использования, человек может получить экзему, дерматит или аллергическую реакцию и даже рак кожи.

Если даже нанесение татуировки выполняется качественными красителями и стерильными иглами, она представляет опасность для здоровья, реакция у разных людей на одни и те же красители может быть различной и его попадание в организм может провоцировать развитие пожизненной аллергии на солнцезащитные кремы, болеутоляющие таблетки.

Противопоказания к татуировкам и пирсингу

Эти процедуры запрещается до 18 лет без разрешения родителей.

К числу абсолютных противопоказаний относятся:

- Любые заболевания крови, особенно выраженное снижение ее свертываемости.
- Тяжелые вирусные заболевания (гепатит, ВИЧ/СПИД).
- Сахарный диабет.
- Онкологические и острые воспалительные заболевания.
- Психические расстройства и эпилепсия.
- Заболевания, связанные со значительным снижением иммунитета.

Наличие хотя бы одного из перечисленных противопоказаний достаточно, чтобы отказаться от татуировок ради сохранения здоровья.

Среди относительных противопоказаний следует выделить:

- Нарушение артериального давления, в частности гипертония.
- Любые воспалительные и аллергические заболевания кожи.
- Не рекомендуются женщинам в период беременности.

Опасные компоненты составов

Разнообразие оттенков составляют классические и яркие неоновые цвета, светящиеся в темноте. Красители включают не только безобидные соединения: уголь, титан, алюминий. В составах присутствуют и токсичные составляющие: хроматы свинца, диоксид титана, оксид железа, фенол, селенид кадмия, кобальт, барий и другие опасные компоненты[2].

Возможные осложнения и угрозы здоровью

1. Занесение инфекции при использовании не стерильных игл, возможно инфицирование гепатитом В, ВИЧ, различными бактериальными и грибковыми инфекциями.

2. При инфицировании наблюдается резкое покраснение кожи. Появляется зуд и кожа может покрыться сыпью или пузырями. Возможна лихорадка с повышением температуры, а также открытие раны на месте рисунка, через которую будет выделяться гной.

3. Аллергическая реакция на краску определенного цвета. Хуже всего переносится красная краска.

4. Аллергия на солнце.

5. Развитие кожных заболеваний.

6. Увеличение лимфатических узлов. С течением времени красители растворяются и с током лимфы попадают в лимфатические узлы.

Заключение

Татуировка – это серьезное решение, которое надо хорошо обдумать. Даже после ее сведения остается на коже темный некрасивый след.

Состав веществ, входящих в красящую основу, вредны и опасны, могут быть серьезные осложнения при нанесении татуировок и последствия сведения рисунков с кожи.

Наконец, необходимо помнить, что настоящая татуировка останется на всю жизнь. Свести татуировку гораздо сложнее, чем ее нанести. Надо помнить, что кожа имеет свойство со временем растягиваться, поэтому не исключено, что через несколько лет небольшая по размеру татуировка со слишком тонким рисунком может превратиться в бесформенное пятно.

Подводя итоги о проделанной работе, необходимо отметить, что большинство студентов не уверены, что татуировка может нанести вред здоровью, репутации и в дальнейшем существенно осложнить жизнь.

Список литературы

1. Ерохина, Н.Н. Молодежные субкультуры: семиотический аспект [Текст] / Н. Н. Ерохина. // Социологические исследования- 2006. - №11. - С. 95-102.
2. Левикова, С.И. Молодежная субкультура [Текст] / С.И. Левикова. - М.:2004. - с. 381.
3. Луков В.А. Особенности молодежных субкультур в России [Текст] / В.А. Луков // Социологические Исследования. – 2002. – № 10. – С. 79-87.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ

Атанова А.А.

Научные руководители - Епифанова Е.А., Ступак Г.Н., преподаватели
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол

Актуальность исследуемой темы заключается в следующем: все дееспособные граждане РФ без исключения вправе делать выбор касательно иммунизации себя и детей. Безусловно, заражение большинством болезней, возможно избежать, следуя простым санитарно-гигиеническим нормам. Однако, к несчастью, существуют болезни, единственным средством предупреждения которых является исключительно вакцинация

Цель исследования: повысить уровень информированности о пользе вакцинации и последствиях отказа от неё.

Материалы и методы исследования: анализ статистических данных и данных различных литературных источников.

Давно определено количество вакцинированного населения для формирования коллективного иммунитета против определённого инфекционного агента. В целях нераспространения заболевания в популяции необходимо формирование иммунитета у 85 из 100 человек. В случае снижения этого показателя до 80-85, в популяции возможны случаи возникновения инфекции.

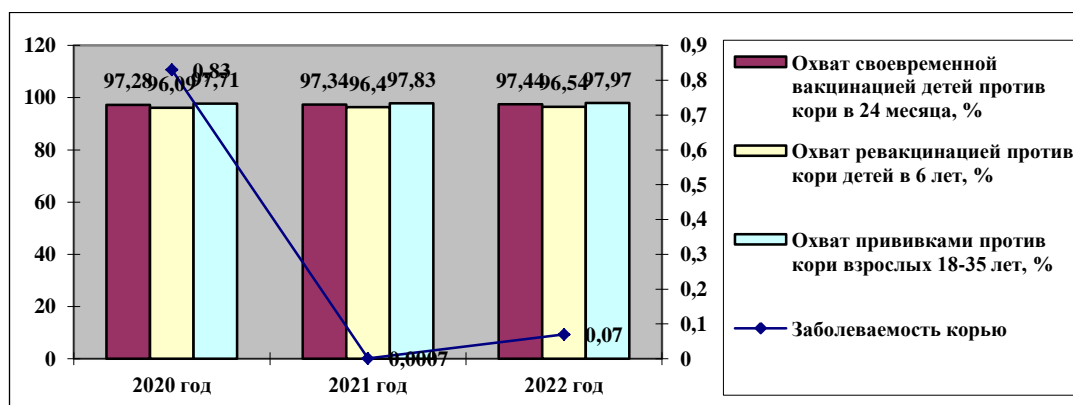


Рис. 1. Динамика заболеваемости корью (на 100 тыс. населения) и охват иммунизацией против кори населения РФ, 2020–2022 гг.

Статистические данные Роспотребнадзора говорят о том, что в 2022 году зафиксировано четырехкратное увеличение случаев кори. Вдобавок, регистрируется рост заболеваемости коклюшем и менингитом. Поэтому мы хотим рассказать о рисках, которые ожидают россиян в ближайшее время и по какой причине вакцинация может обеспечить здоровье и долголетие.

В настоящее время регистрируется значительный рост случаев коклюша, что объясняется с повышением качества диагностики у заразившихся детей дошкольного и школьного возрастов. Особенно грудные дети предрасположены к этому заболеванию и болеют крайне серьезно.

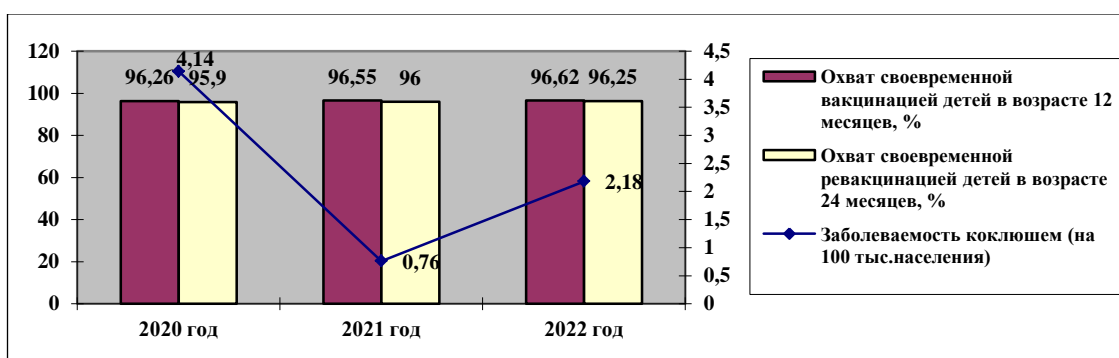


Рис. 2. Динамика заболеваемости коклюшем (на 100 тыс. населения) и охват иммунизацией против коклюша населения РФ, 2020–2022 гг.

Медработник не может сказать родителям ребёнка, что вакцинация полностью безопасна, так как ребёнок получает штаммы возбудителей, что может спровоцировать осложнения и реакции организма. Однако необходимо соизмерять опасности иммунопрофилактики и инфекционного заболевания.

Важно дифференцировать осложнение и реакцию на введение вакцины, которая наблюдается, с учётом вида прививки у 10 – 20% привитых.

При введении в организм вакцины, иммунная система начинает выработку антител к определённому возбудителю. Это может повлечь повышение температуры, гиперемию или отек в месте инъекции. Эти симптомы исчезают в течение 2-3-4 дней и не несут никакой опасности. Необходимо объяснить пациенту или родителям ребёнка, что это вариант нормы.

К противопоказаниям относят следующие факты: значительная ответная реакция на предыдущую прививку, иммунодефицит, онкология; масса новорождённого ниже 2000 г., нарастающие болезни НС и др., поэтому перед вакцинацией необходимы консультации аллерголога и педиатра для выбора дальнейшей тактики.

Так же медработники должны довести до сведения родителей, что существуют кратковременные запреты. К ним относятся, например, болезни в острой стадии. В этой ситуации рекомендуется вакцинация спустя 2-4 недели после реконвалесценции или в период ремиссии.

И напоследок мы хотели бы рассказать ещё о некоторых вакцинах против заболеваний с высокой летальностью.

У людей всех возрастов – это пневмония – наиболее частая причина летальных исходов среди детей дошкольного возраста, людей старше 65 лет, особенно страдающих хроническими заболеваниями. В отечественном национальном календаре прививок иммунизация против пневмококка начинается с двух месяцев. Данные исследований доказывают, что у вакцинированных в ближайшие три года не наблюдалось случаев пневмонии, а так же отиты, ОРВИ, гаймориты встречались намного реже или протекали с меньшей интенсивностью.

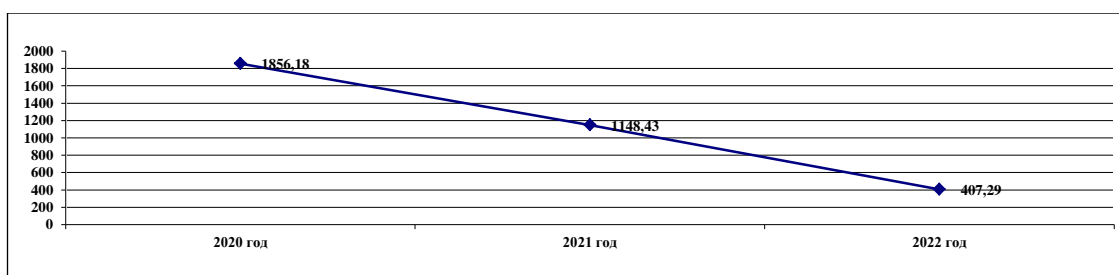


Рис. 3. Динамика заболеваемости внебольничными пневмониями (на 100 тыс. населения) в РФ, 2020–2022 гг.

Вспышки менингита, носящие эпидемический характер в нашей стране наблюдаются каждые 8-10 лет. В 2021-2022 году в Москве частота заболеваний менингитом, спровоцированным менингококком группы А, возросла в 1,6 раза по сравнению с предыдущими годами. Безопасный порог – это 2 че-

ловека на 100 тысяч населения. В случае роста этого показателя до 20, означает начало эпидемии, при которой вакцинация – крайняя необходимость.

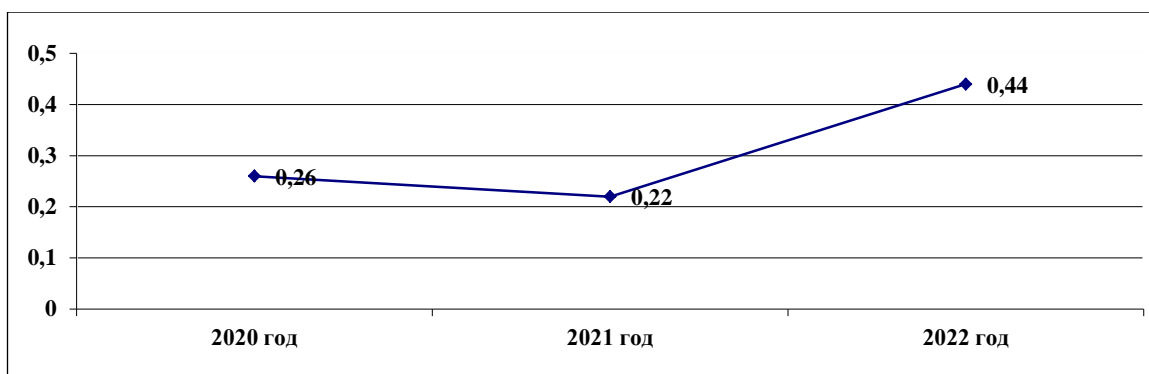


Рис. 4. Динамика заболеваемости генерализованными формами менингококковой инфекцией (на 100 тыс. населения) в РФ, 2020–2022 гг.

Вакцинация против гриппа – вероятно, одна в своём роде, о необходимости которой задумываются врачи, включая самых известных специалистов.

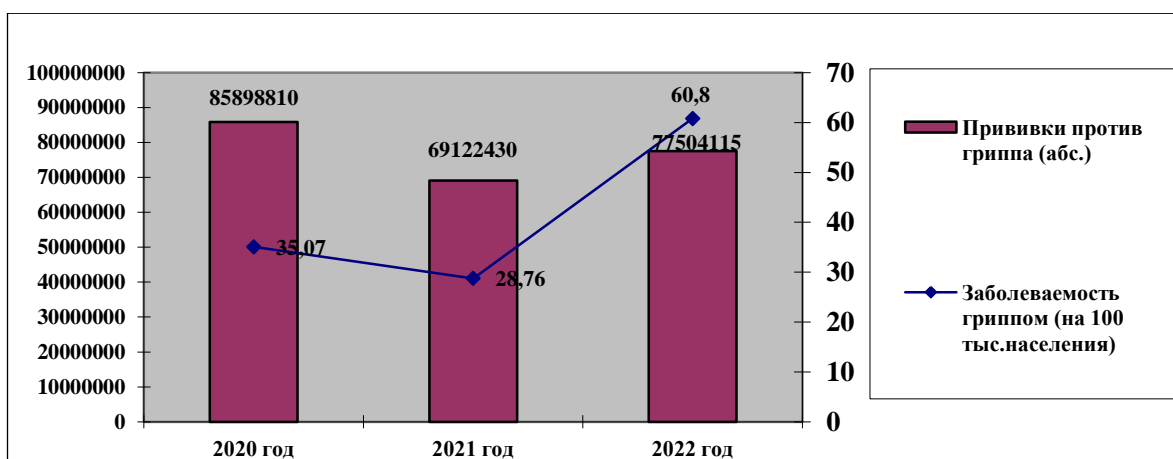


Рис. 6. Динамика заболеваемости гриппом (на 100 тыс. населения) и охваты иммунизацией против гриппа населения РФ, 2020–2022 гг.

Часть населения полагает, что вакцинация против гриппа на самом деле не является необходимой. Прежде всего медицинским работникам необходимо разъяснить населению, что, в первую очередь, необходимо вакцинироваться гражданам старшего возраста, у которых высокий риск получения осложнений; людям с хроническими заболеваниями, детям и беременным.

Выводы. Результат иммунизации – залог не заразиться опасной инфекцией, а если вдруг произойдёт заражение, то болезнь будет протекать легко и не вызовет осложнений. Ближайшая цель иммунизации – профилактика ин-

фекции у конкретного индивида. Конечная цель иммунизации – окончательное искоренение заболевания. В связи этим принятие решения о целесообразности вакцинации не должно становиться личным выбором.

Рекомендации. Медицинским работникам необходимо предоставлять гражданам объективную и полную информацию об инфекционных заболеваниях и осложнениях в случае отказа от вакцинации. Для этого они должны обладать исчерпывающими знаниями по всем аспектам вакцинопрофилактики. Таким образом, на медицинских работниках, осуществляющих иммунизацию населения, лежит огромная ответственность за профилактику инфекционных заболеваний и возможных поствакцинальных осложнений.

Список литературы

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2022 году» // [Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека](#) : [Сайт]. – 2023. Режим доступа: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=25076&ysclid=lql3rrqbw614552792, свободный. (дата обращения: 25.02.2024).

2. Елесина Е.А. Значение профилактических прививок / Е.А. Елесина. [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://aids48.locib48.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=1433:2020-08-17-21-32-41&catid=66:2016-01-26-21-12-28, свободный. (дата обращения: 20. 02.2024).

СТАТИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЩЕВЫХ РАССТРОЙСТВ

Бабакова К.Ю.

*Научный руководитель – Коваленко Е.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

После внимательного осмотра больного, врач-психотерапевт может подтвердить диагноз расстройство пищевого поведения. Психотерапевт внимательно и тщательным образом собирает анамнез, анализирует и записывает все проявления болезни у больного, а также врач опрашивает семью пациента (предполагая возможность генетической природы болезни у пациента). По данным ВОЗ, по всему миру к 2022 году психические расстройства вошли в первую пятерку заболеваний, ведущие к потере трудоспособности и увеличения инвалидности. Если же брать Россию, то у нас ситуация более осложнена увеличением числа невротических расстройств, это связано бедностью, недовольством своей внешности, телосложения так же связано с множеством проблем в семье и на работе [2].

Так же в предоставленных нами источниках, было обнаружено, что у каждого второго человека наблюдается расстройство пищевого поведения. Почти на 13% в последние два года возросло число инвалидов из-за психологических расстройств. Это очень большой процент, так как психотерапевты предполагают это связано с тем, что в России люди стараются не обращаются за психиатрической помощью, лишь только в самой крайней ситуации, и огромное количество больных остаются без обследования и квалифицированного лечения. Люди с психическими расстройствами не считают себя больными или же им стыдно просить помощь.

Наибольшую роль в отрицании психического расстройства у психически больного человека играет его своеобразное мышление: больным быть стыдно, а особенно стыдно быть психическим больным. Пациенты с расстройством пищевого поведения в основном страдают в тишине, закрывшись

от окружающих его людей, не понимая того что им нужно обследование и помощь специалиста. Если же взять в пример США, то как показал нам анализ в стране за психологической помощью обращается почти каждый второй житель страны, у 9,9 миллионов взрослых американцев, выявлено психическое расстройство [1].

При проведении одного онлайн-опроса показало, что только 6 процентов от 20-35 лет в Соединённых Штатах Америки, которые соответствуют всем критериям расстройства пищевого поведения. Эти довольно критичные цифры могут объяснять огромную популярность психиатрической и психологической помощи населению. Согласно исследованиям показали, что во всех странах, в первую очередь, обращаются к врачу первичной практики, в крайних же случаях обращаются за психотерапевтической помощью. Профессионалы, занимающиеся в этой сфере, обладает необходимым набором знаний, навыков, чтобы выяснить проблемы психического здоровья и провести лечение. Так же

если взять другую страну, например, Белоруссию, то анализ показал, где-то 50-60 тыс. белорусов, в большинстве. девушек и женщин, подвергаются или страдают расстройством пищевого поведения. В год насчитывается около 1000 новых случаев заболевания нервной булимией и нервной анорексией, у девушек в возрасте от 12-23 лет.

Так же проведённый нами анализ показывает, что каждый второй человек склонен к расстройству пищевого поведения. Но в большей степени данному заболеванию подвергаются подростки 75%, чем взрослые 25%. Это связано с тем, что детская психика слабее и они легко поддаются данному расстройству.

В России около 48% населения имеет, какие-либо симптомы психического расстройства. На долю лиц, нуждающихся в систематической психиатрической помощи, приходится 3-6% населения, а более тяжелые случаи составляют 0,3- 0,6%.

За последние 2 года в России заметно увеличилась заболеваемость нервной булимией и нервной анорексией. Заболеваемость булимией – 45,5%. Заболеваемость анорексией среди девушек — 54,49%.

Анализ изученных данных показал, что в средних общеобразовательных школах России наибольшая часть девочек в подростковом возрасте пытаются или стремились избавиться от лишнего веса и практиковали беспорядочное потребление пищи, такое как анорексигенные препараты, голодание, принятие мочегонных или слабительных препаратов, искусственно вызвали рвоту.

Как было выяснено ранее, что кроме нервной анорексии и булимии, есть такие заболевания как:

Компульсивное переедание (60%)

Пикацизм (20%)

Психогенная рвота (15%)

Мышечная дистрофия (5%)

В врачебной практике встречались и такие расстройства.

Более 78% старшеклассниц недовольны своей внешностью и считают себя толстыми либо же пытаются скинуть вес. Расстройство пищевого поведения – это значительно одна из серьезных проблем, которая является психическим заболеванием, и которая угрожает жизни подростка. Концепция исследований показывает, что уровень смертности для людей с нарушениями расстройства пищевого поведения самый высокий из всех психиатрических заболеваний и в 12 раз больше, чем у человека без расстройства пищевого поведения.

Данные по заболеваемости в Белгородской области на 500 человек в том числе с расстройством питания, предоставлены в Таблице 1.

Таблица 1

Статистические данные по заболеваемости расстройства пищевого поведения по Белгородской области

Болезни нервной системы	8,8	11	7,6	7,6	8,1	8,4	7,3
Болезни нарушения обменных процессов, эндокринной системы, расстройства питания	23,4	26,6	21,2	19,2	18,4	19,1	20,4
Все болезни	761,34	754,76	742,98	705,4	698,2	608,7	664,3

В Белгородской области за 2021-2022 год официально зарегистрировано 12 случаев заболевания, где два из двенадцати пациентов, вернулись к привычной для них жизни, семь из них получили инвалидность, у троих было критичное состояние, которое не поддавалась лечению, что привело к смерти.

Список литературы

1. Воронцов И.М. Патология расстройств пищевого поведения [Текст]: учебник / И.М. Воронцов, Санкт-Петербург: Фолиант, 2019. – 272 с.

2. Гетманчук Е.И. Клинико-психопатологическая и медико- психологическая характеристика больных с психогенной гиперфагией [Текст] // Архив психиатрии, 2019. – 25с.

3. Слонимский Б.Ю. Новые подходы к восстановительному лечению эректильных и копулятивных нарушений у больных с ожирением и нарушением репродуктивной функции [Текст] // Вестник новых медицинских технологий, 2020. - [электронный журнал]

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

*Багдасарян Е.В., Козлова Т.И.
Научные руководители - Горбачева О.И., Жеурова Н.Н., к.п.н.,
преподаватели Щигровского филиала
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Щигры*

Заболевания шейки матки - прямая угроза здоровью женщины. Речь идет не только о злокачественных новообразованиях. Существуют и другие заболевания, последствия которых смертельно опасны. Так чтобы не допустить развитие патологий и осложнений, надо уделять внимание профилактике заболеваний шейки матки.

Актуальность работы в том, что проблема злокачественных новообразований женской половой сферы в настоящее время продолжает оставаться на высоком уровне, поскольку заболеваемость ими и смертность от них остаются довольно высокими, и, вместе с тем, отмечается тенденция к увеличению частоты их возникновения. А любые предраковые заболевания женской половой сферы при отсутствии лечения легко могут трансформироваться в рак. И, разумеется, любые заболевания шейки матки, возникающие у женщин репродуктивного возраста, отрицательно сказываются на их возможности забеременеть и выносить плод. Среди комплекса мер, направленных на повышение качества профилактических мер, роли среднего медицинского персонала не уделяется должного значения. Забывается о том, что средний медицинский персонал - это жизненно важное звено в профилактической работе [1].

Цель работы охарактеризовать деятельность медицинской сестры по раннему выявлению и предупреждению предраковых заболеваний женской половой сферы, разработка информационных материалов для населения в свете рассматриваемого вопроса.

В процессе проведения исследовательской работы на первом этапе для выявления уровня информированности женского населения по вопросам

профилактики, факторов риска, приверженности к заболеваниям шейки матки и выявления роли медицинской сестры по ранней диагностике и профилактике заболеваний предраковых заболеваний шейки матки нами было проведено анкетирование. Одни из вопросов анкеты были направлены на выявление факторов риска, другие - на информированность о методах профилактики предраковых заболеваний и рака шейки матки. Следующие связаны с мнением респондентов о роли медсестры на снижение запущенных случаев рака шейки матки, также были внесены вспомогательные вопросы для построения взаимосвязи возраста и знаний по вопросам профилактики предраковых заболеваний шейки матки.

Основную группу респондентов (72 %) - составили лица в возрасте от 26 до 60 лет, то есть наиболее социально активные. У большинства есть дети (88%), однако почти каждый шестой респондент детей не имеет.

Анализ ответов на вопрос анкеты «Известно ли Вам о том, что существуют группы риска по развитию предраковых заболеваний шейки матки?» показал: большинство респондентов 56% ответили «Да», что не может не говорить о профилактической их грамотности, что, несомненно, радует; 40% женщин ответили, что не знают о группах риска развития предраковых заболеваний шейки матки, также были и те, кто затруднился ответить на вопрос - 4%.

Следующий вопрос был посвящен знаниям респондентов о рисках развития предраковых заболеваний шейки матки. 60% респондентов выбрали «аборты»; 32% респондентов выбрали ответ «травмирование шейки матки»; по 30% респондентов выбирали - «наследственность» и «заболевания передающиеся половым путём (ЗППП)»; вариант «ранняя половая жизнь» и «ранние роды» выбрали по 24% респондентов. Что свидетельствует о том, что в этом направлении необходима разъяснительная и профилактическая работа.

Количество осведомлённых о таких факторах как воспалительные заболевания шейки матки - 14% респондентов, нарушения в гормональной си-

стеме - 12%, беременность и роды после 40 лет - 12%, т.е. минимально. Важно отметить, что вредные привычки, как фактор развития предраковых заболеваний шейки матки указали только 2% респондентов.

Для респондентов мерами наиболее эффективными и применимыми в повседневной жизни по снижению риска развития предраковых заболеваний шейки матки - это «отказ от вредных привычек, прежде всего от курения» - 20%; 30% - «вести правильную половую жизнь»; «лечить заболевания репродуктивной системы» предположили 30% респондентов; наибольшее количество респондентов – 60 %, считают «проходить регулярные медицинские осмотры».

При анализе ответов на вопрос, «Какие, на Ваш взгляд, обследования применяются для диагностики заболеваний шейки матки?», установлено, что 70% женщин выбрали «УЗИ органов малого таза»; по 60% выбрали ответы «осмотр в зеркалах» и «цитологическое исследование мазков шейки матки»; 16% отметили, что методом диагностики заболеваний шейки матки является анализ крови на вирусы папилломы человека; ВПЧ-исследование из цервикального канала указали 14%, кольпоскопию – только 12%.

В процессе анкетирования женщины указали, по их мнению, необходимую периодичность посещения гинеколога с профилактической целью. Ответы распределились следующим образом: 50% респондентов выбрали вариант «1 раз в год»; 24% указали - «1 раз в 2 года» и 14% - «1 раз в 6 месяцев», 12% указали свой вариант ответа - здоровая женщина может сама выбирать частоту посещений врача.

48% респондентов осведомлены о возможности сделать прививку против ВПЧ, что является положительным моментом, но никто не привит. Им же мы предложили ответить, «Кто может быть привит против ВПЧ в рамках ОМС в РФ?». Это девочки 12-13 лет – ответ указали 29% респондентов.

Поэтому на втором этапе работы нами были определены наиболее приемлемые методы передачи информации и возможные пути информирования населения о профилактике заболеваний шейки матки медицинской сестрой.

Санитарно-просветительная работа неотъемлемая часть этих профилактических мероприятий. Поэтому мы решили действовать в двух направлениях: пассивная санитарно-просветительная работа, к которой относятся печатные издания с большим охватом населения, распространение листовок, размещение постеров; и активная, включающая личные беседы, проведение лекций,

Мы предложили указать, каким образом интересно и удобно получать информацию профилактической направленности. Для родителей - это «личная беседа с медицинским работником» - 100% респондентов-мам, «памятки, рекламные щиты, плакаты» - выбрали 60% мам, «газеты, журналы» - указали 50%. Для детей это более современный формат - «статьи в социальных сетях» 100% респондентов-подростков, «видео-уроки» - 80% подростков, 40% хотели бы получать информацию профилактической направленности в личных беседах с медработниками.

Проделанная исследовательская работа позволили сделать выводы:

1. При анкетировании установлено, что профилактика предраковых заболеваний шейки матки и рака шейки матки, является неотъемлемой частью проводимой работы среднего медицинского персонала и обозначило основные проблемы: недостаточную информированность населения о стратегиях профилактики предраковых заболеваний шейки матки, об обследованиях которые необходимы для их выявления.

2. Проведенное анкетирование среди женщин помогло выявить, что респонденты выбирают варианты ответов, которые чаще всего находятся на слуху, но наряду с правильными ответами они также выбирали неверные ответы, что говорит о низкой их профилактической грамотности.

3. Несмотря на удовлетворительный уровень информированности женского населения, все же имеются респонденты, которые не имеют полной достоверной информации о способах профилактики предраковых заболеваний шейки матки, что свидетельствует о необходимости усиления работы в данном направлении.

4. Проведена санитарно-просветительская беседа с целью повышения информированности населения о ВПЧ-ассоциированных заболеваниях в рамках первичной профилактики предраковых заболеваний шейки матки.

Для медицинского персонала мы сформулировали следующий ряд предложений способствующих повышению уровня профилактики предраковых заболеваний шейки матки: в женских консультациях и поликлиниках использование материалов с информацией по вопросам фоновых, предраковых заболеваний и рака шейки матки и проведение обязательных профилактических бесед медицинских работников по вопросам ВПЧ ассоциированных заболеваний с пациентами при обращении в женские консультации, поликлиники.

Позитивными результатами проделанной работы мы считаем: привлечение общественности к проблеме позднего выявления предраковых заболеваний шейки матки и рака шейки матки, заинтересованность населения в применении методов ранней диагностики заболеваний; увеличение количества женщин желающих получить своевременную консультацию узких специалистов. По итогам проводимой работы мы убедились в необходимости проведения данных мероприятий.

Список литературы

1. Глухова, Ю.К. Проект программы национального цитологического скрининга рака шейки матки / Ю.К.Глухова, Н.Н.Волоченко. - Текст : непосредственный // Новости клинической цитологии России. - 2018. – Том 22, № 3–4. – С. 22–30.

ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ОТВЕТСТВЕННОГО ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ

Базова А.А.

*Научный руководитель - Гончарова Ю.С., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Формирование ответственного отношения к собственному здоровью у студентов медицинского колледжа является важной задачей, которая не только повышает качество жизни студентов, но и влияет на их будущую профессиональную деятельность. В данной статье рассмотрим основные аспекты формирования ответственного отношения к здоровью у студентов медицинского колледжа. В настоящее время значительную актуальность приобретает воспитание ответственности личности за свое здоровье, так же формированием убеждение, что от самого человека зависит многое, в том числе и ее собственное здоровье.

Культура здоровья - это важный составной компонент общей культуры человека, обусловленный материальной и духовной средой жизнедеятельности общества, выражающееся в системе ценностей, знаний, потребностей, умений и навыков по формированию, хранению и укреплению ее здоровья. Под ценностным отношением к здоровью понимаем системное и динамическое психическое образование личности на основе эмоционально-ценностной сферы, совокупности знаний о здоровье, что конечно обязательно отражается и реализуется в заведомо выбранном образе жизни. Важно, чтобы образовательная программа медицинского колледжа включала курсы по здоровому образу жизни, профилактике заболеваний, правильному питанию и физической активности. Студенты обязательно должны получить достоверную информацию о том, как поддерживать свое здоровье и предотвращать различные заболевания.

Цель работы: обосновать необходимость формированием ответственного отношения к здоровью в условиях медицинского образования.

Реализация здоровья и функции образования должно происходить путем формирования ценностного отношения личности к собственному здоровью и здоровью окружающих. Поэтому вполне правомерно говорить не столько о здоровье, сколько о здоровье формирующей функции образования. Значимость формирования у студентов медицинского колледжа прежде всего ответственного отношения к своему здоровью обусловлена важностью санитарно-гигиенического воспитания, с целью формирования у них потребности вести качественную профилактическую работу, это очень важно.

Таким образом, мы готовим будущего медицинского работника с совершенно новым и принципиальным отношением к своей профессиональной деятельности. Анализ образовательно - квалификационной характеристики медицинской сестры обнаружил, что кроме умений и навыков сугубо по уходу и наблюдения за больными, а также оказание неотложной доврачебной помощи, которые требовались ранее, в новой образовательно - квалификационной характеристикой впервые сформулированы умение по пропаганде санитарно-гигиенических знаний и профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни населения, обучение и воспитание сознательного отношения к здоровью. Сегодня подготовка студентов в данном направлении обеспечивается преимущественно традиционными методами без учета новейших процессов и технологий сохранения, укрепление и развитие здоровья.

Но, к большому сожалению, традиционная система первичной медико-социальной помощи остается ориентированной преимущественно на болезнь. Она не предусматривает конкретных активных мер первичной профилактики, оказания услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирования полезных навыков. Главной задачей медицинского учебного учреждения на современном этапе является подготовка специалистов, которые способны нестандартно, гибко и своевременно реагировать на изменения, происходящие в мире. Поэтому для подготовки студентов к профессиональной деятельности целесообразно использовать инновационные методы обучения и воспитания с целью формирования ценностного отношения к здоро-

вью. Студентам просто необходимо предоставлять возможность применять полученные знания на практике.

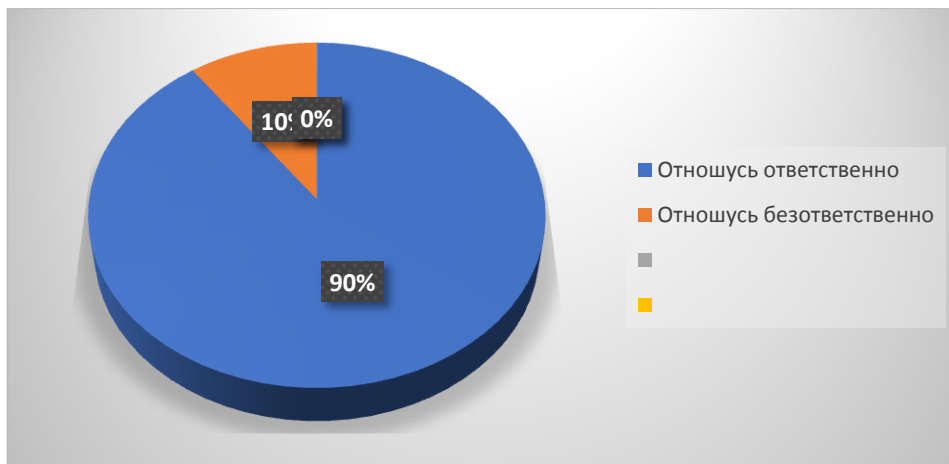
К примеру, проведение занятий по физической активности, участие в симуляционных тренингах по оказанию первой помощи или участие в профилактических мероприятиях. Стоит отметить, что проблема здорового образа жизни лежит в основе формирования личности. В ходе работы возникает ряд вопросов, прежде всего связанных с несовершенством работы в данном направлении.

В наше время особое значение приобретает формирование здорового образа жизни молодежи, в частности студентов медицинских учебных заведений. От того, насколько успешно смогут сформироваться и закрепиться в сознании навыки здорового образа жизни в молодом возрасте, будет зависеть в будущем реальный образ жизни и профессиональной деятельности, которая может препятствовать или наоборот способствовать раскрытию потенциала личности. Ценностное отношение к собственному здоровью предусматривающая сформированность личности и умение ценить себя как носителя физических, духовных и социальных сил. Оно является важным условием формирования у студенческой молодежи активной жизненной позиции. Важно научить растущую личность воспринимать себя такой, какая она есть, знать свои положительные и отрицательные качества, способствовать формированию из нее реалистической Я-концепции готовности и способности к самосовершенствованию, конструктивной самокритичности. Ценностное отношение к своему социальному «Я» выявляется в таких признаках: способности ориентироваться и приспосабливаться к новым условиям жизни, конструктивно на них влияние; определении своего статуса в социальной группе, налаживании совместной работы со взрослыми и сверстниками; умении предотвращать конфликты, справедливо и благородном отношении к другим людям. Учитывая разнообразие потребностей и интересов студентов, важно предоставлять возможность выбора форм занятий и активностей по укреплению здоровья.

Нами было проведено анкетирование, целью которого было определить количество учеников медицинского колледжа ответственно относящихся к собственному здоровью, а так же узнать их мнение по поводу того насколько важно ответственно относиться к своему здоровью.

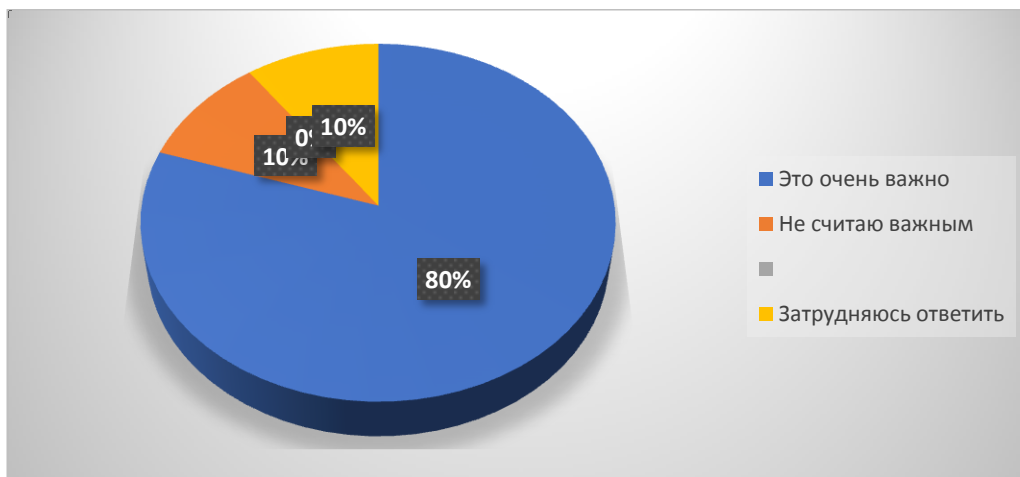
Опрос 1

Сколько учеников медицинского колледжа ответственно относящихся к собственному здоровью?



Опрос 2

На сколько важно ответственно относиться к своему здоровью?



Таким образом, опрос 1 показал, что 90% учеников медицинского колледжа ответственно относятся к своему здоровью, а 10% учеников безответственно.

Опрос 2 показал, что 80% учеников считают важным, ответственно относиться к своему здоровью, 10% считают это не важным, а 10% затрудняются ответить.

Вывод: Формирование ответственного отношения к собственному здоровью у студентов медицинского колледжа является важным компонентом их образования. Поддержка со стороны образовательного учреждения, преподавателей и проведение разнообразных мероприятий способствуют развитию здорового образа жизни у будущих специалистов медицинской сферы. Поиск новых нестандартных форм обучения и формированием личности по здоровому образу жизни потребует изменения аспектов научных исследований в направлении изучения собственно человеческих проблем. Нужно сформулировать у подрастающего поколения потребности к ведению здорового образа жизни и установку на длительную здоровую жизнь. Необходимо показать значение самого человека, его сознания и мышления для сохранения и восстановления здоровья.

Список литературы

1. Бондаренко Е.В. Роль преподавателя в формировании профессионально-субъектной позиции как основы профессиональной компетентности студента – медика / Материалы I / Под ред. Л.Я. Хоронько. – Ростов-на-Дону: ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, 2011. – 272 с.
2. Горашук В.П. Концептуальные основы формирования культуры здоровья школьника / В.П. Горашук // Новые технологии обучения. - М.: немцев, 2000. - № 28. - С. 206-213.
3. Замятина Н.В. Методика формирования культуры здоровьесбережения будущих врачей: Учебно-методическое пособие / Н.В. Замятина. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2010. – 52 с
4. Справочник квалификационных характеристик профессий работников системы здравоохранения. - Вып. 78. - С. 31-34.

ОЦЕКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ХИМИЧЕСКОМУ СОСТАВУ И СВОЙСТВАМ

*Барышева В. С.
Научный руководитель – Белых И.В., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Основная проблема на Земле на данный момент – экологическая обстановка. И одна из важнейших проблем на текущий момент связана с недостатком питьевой воды, её качеством и несоответствию санитарно-гигиеническим требованиям. Помимо этого, качество употребляемой воды напрямую влияет и на здоровье человека.

Согласно мнению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), 80% всех болезней связаны с загрязненной водой или отсутствием необходимых гигиенических условий. По данным ВОЗ, ежегодно более 500 миллионов человек страдают от потребления некачественной питьевой воды.

Что касается Белгородской области, то во многих регионах вода не соответствует нормам по содержанию в ней химических веществ, что напрямую отражается на здоровье населения.

Цель исследования: анализ статистических данных о содержании химических веществ в питьевой воде в разных районах Белгородской области.

Материалом исследования послужили отчёты и архивные данные ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Белгородской области».

На территории Белгородской области находятся 2 водоносных горизонта: турон-маастрихтский водоносный горизонт и альб-сеноманский водоносный горизонт. Каждый из этих горизонтов обеспечивает централизованное водоснабжение в определенных районах Белгородской области. Помимо этого, у каждого имеются свои особенности по свойствам и химическому составу.

Воды турон-маастрихтского водоносного горизонта разнообразны по качеству, однако преимущественно это гидрокарбонатные кальциевые и

кальциево-натриевые воды с минерализацией 300-450 мг\л. На юго-западном направлении могут встречаться сульфатно-гидрокарбонатные и хлоридно-гидрокарбонатные воды с минерализацией 500-600 мг·л⁻¹, с жесткостью до 14-15 ммоль/л. Воды этого горизонта умеренно жесткие. На эксплуатации вод этого горизонта базируется централизованное водоснабжение следующих городов: Белгород, Грайворон, Шебекино, Борисовка и Короча.

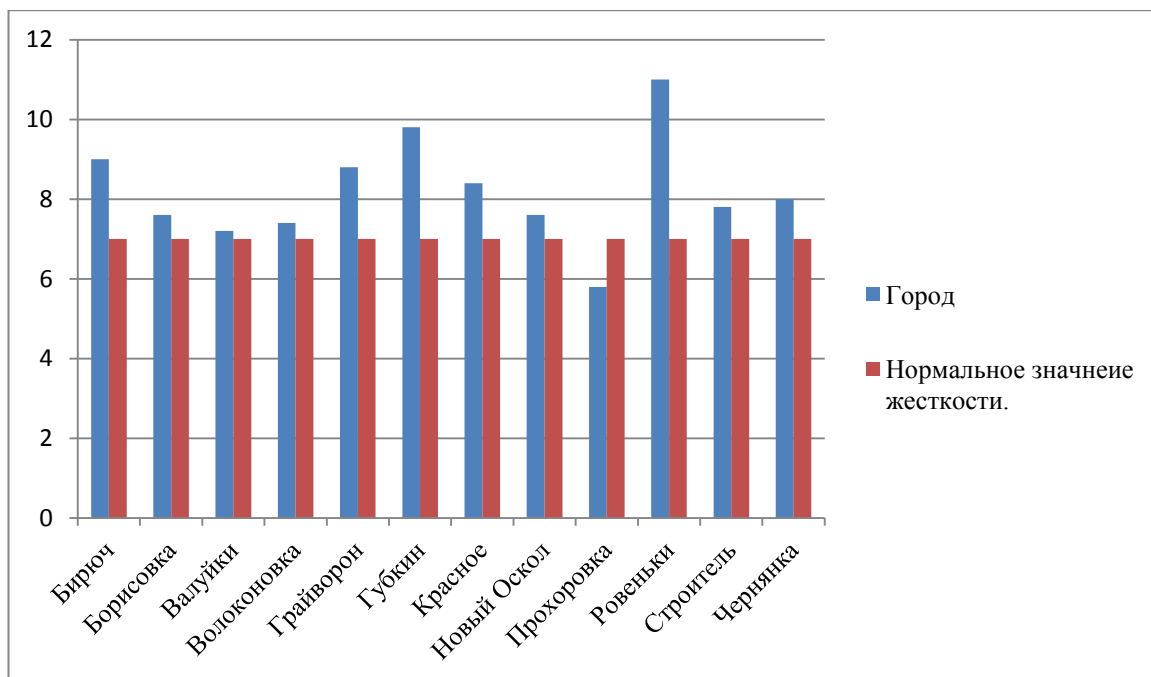
Альб-сеноманский же водоносный горизонт характеризуется повышенным содержанием железа. Воды пресные, гидрокарбонатные кальциевые, с минерализацией 400 – 600 мг/л. На них базируется водоснабжение следующих городов: Старый Оскол, Губкин, Новый Оскол, Чернянка, а также других городов и поселков в северной и северо-восточной части области. Стоит отметить, что данный горизонт не является защищенным от загрязнения, так как находится относительно неглубоко – всего 30-150 метров в восточной части и 300-500 метров в западной части.

Органами Роспотребнадзора были взяты пробы воды в 12 районных центрах: Бирюч, Борисовка, Валуйки, Волоконовка, Грайворон, Губкин, Красное, Новый Оскол, Прохоровка, Ровеньки, Строитель, Чернянка. Анализы делались стандартными методами: весовой анализ, потенциометрический метод, метод кислотно-основного титрования, хелатометрически с трилоном Б в присутствии соответствующего индикатора, методом атомно-абсорбционной спектрометрии.

По результатам исследования, общая минерализация в пределах нормы и составляет в среднем 460-610 мг\л, в то время как норма составляет 1000 мг\л. Самый высокий уровень минерализации отмечается в п. Ровеньки, и составляет 920-1040 мг\л.

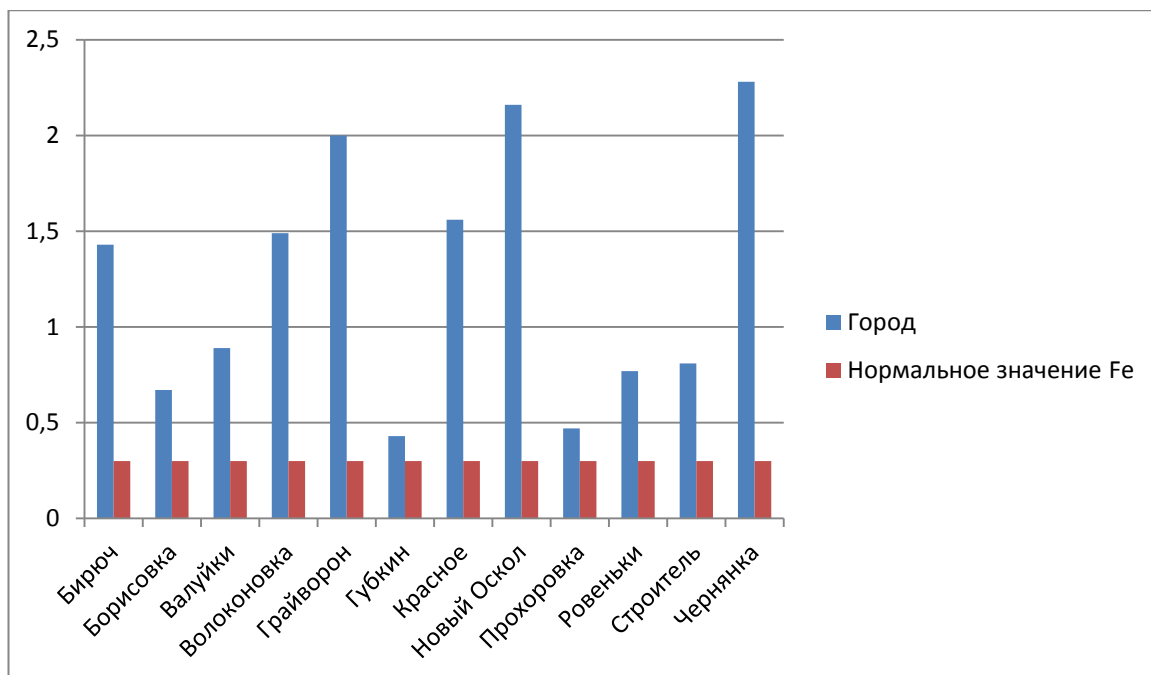
Водопроводная вода в Белгородской области относится к группе нейтральных вод, средний рН составляет 6,8-7,2 при норме в рН=6,5-8,5. Вода в п. Ровеньки несколько выше среднего значения – 7,5.

Жесткость, однако, в водах Белгородской области выше нормы.



Как видно на диаграмме, почти во всех пробах значение жесткости превышает нормальное значение. Таким образом, водопроводная вода Белгородской области относится к группе жестких вод. Нормальное значение жесткости воды (5,8 ммоль/л) наблюдается только в Прохоровке, в то время как максимально значение (11,0 ммоль/л) наблюдается в п. Ровеньки. Что примечательно, карбонатная жесткость в п. Ровеньки составляет 47%, что крайне негативно сказывается на здоровье. Обусловлено это тем, что карбонатная жесткость может быть устранена кипячением. В остальных же пробах она составляет 69-96% от общей жесткости. Превышение общей жесткости вызывает мочекаменную болезнь, сколиоз и множество других заболеваний.

Основная причина такого высокого уровня жесткости обусловлена содержанием ионов кальция. Минимальное значение было обнаружено в Прохоровке, максимальное же в Ровеньки. Ионов магния значительно меньше – 19-39 мг/л. Содержание кальция во всех исследованных водах превышает указанную концентрацию, в то время как содержание магния ближе к нормальному значению.



Не менее важным для здоровья является содержание в воде железа. Железо при превышении концентрации может проявлять токсические свойства. Накопление избыточного железа приводит к нарушениям функций печени, поджелудочной железы, расстройству деятельности желез внутренней секреции и сердечно – сосудистой системы. Помимо этого, существуют эпидемиологические данные о зависимости концентраций железа и сердечно-сосудистых заболеваний.

Данные исследований показывают, что содержание железа превышает допустимую концентрацию во всех районах Белгородской области, зачастую в несколько раз. Максимальное превышение концентрации железа выявлены в Чернянке, почти в 7,6 раз, в Новом Осколе и в Грайвороне. Минимальное же превышение наблюдается в Губине и Прохоровке, примерно в 1,6 раза.

Выводы:

Согласно проведенным исследованиям, вода в Белгородской области превышает нормы и по общей жесткости, и по содержанию железа. Таким образом, вода крайне неблагоприятно влияет на здоровье проживающих в Белгородской области людей.

Список литературы

1. СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества».
2. Бадаева Т.В. Качество питьевой воды как фактор риска здоровью населения / Т.В. Бадаева, М.П. Грачева, Ю.П. Тихомиров, Н.А. Матвеева – Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2020, Часть 2, №3. – С. 438.
3. Областной Доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Белгородской области в 2022 году». <http://31.rospotrebnadzor.ru/dokumenty/gosudarstvennye-doklady/>

ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

*Бочарова О.В.
Научные руководители - Муштенко Н.С., к.пс.н., Малинина Н.О.,
преподаватели
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

«Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать и дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами, т.е. с субъектами профессиональной деятельности.

Эмоциональное выгорание, по мнению автора методики В.В. Бойко - это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия.

В качестве объекта нашего исследования выступил синдром профессиональной деформации медицинских работников. Испытуемые, это работники хирургического отделения, не участвующие в проведении операций, но осуществляющих послеоперационный уход – 9 чел.

Согласно ключа по опроснику В.В. Бойко даны три фазы выгорания «Напряжение», «Резистенция», «Истощение». Из фазы «Напряжение» использованы: симптомы «неудовлетворенность собой» и «загнанность в клетку». Из фазы «Резистенция» использована: «редукция профессиональных обязанностей». Из фазы «Истощение» использованы:

«эмоциональная отстраненность»; «личностная отстраненность».

Как очевидно, из проведенного нами исследования, по шкале 1 «неудовлетворенность собой», в группе «р. х.о.» 9 человек : 8 чел. (89%) не имеют симптомов, и 1 чел. (11%) имеет складывающийся симптом неудовлетворенности собой.

По шкале 2 «загнанность в клетку» в этой группе у 7 человек (78%) не выявлено данного симптома, у 1 человека (11%) выявлен складывающийся симптом «загнанность в клетку», и у 1 человека (11%) выявлен уже сложившийся симптом.

По шкале 3 «редукция профессиональных обязанностей» у 3 человек (34%) не выявлен симптом, у 1 человека (11%) выявлен уже складывающийся симптом «редукции профессиональных обязанностей», и у 5 человек (55%) выявлен уже сложившийся симптом.

По шкале 4 «эмоциональная отстраненность» у 5 человек (55%) не выявлен симптом по данной шкале, и у 1 человека (11%) выявлен уже сложившийся симптом «эмоциональной отстраненности», у 3 чел. (34%) выявлен складывающийся симптом

По шкале 5 «личностная отстраненность»: у 5 человек (56%) данный симптом не был выявлен, у 2 испытуемых (22%) имеется уже складывающийся симптом, и у 2 человек (22%) выявлен сложившийся симптом.

В группе, «раб. хирург. отд.», было выявлено, 2 человека (22%) без признаков выгорания, 6 работников (67%) имеют симптомы начинающегося эмоционального выгорания, и 1 человека (11%) имеет уже сложившийся синдромом эмоционального выгорания.

Эмоциональное выгорание медицинских работников может приводить к снижению профессиональной мотивации: напряженная работа постепенно превращается в бессодержательное занятие, появляется апатия и даже негативизм по отношению к рабочим обязанностям, которые сводятся к необходимому минимуму. Одно из первых мест по риску возникновения выгорания в учреждениях здравоохранения занимает профессия медицинской сестры. Существует тесная взаимосвязь между профессиональным "выгоранием" у медсестер и мотивацией деятельности. Нередко "трудоголизм" и активная увлеченность своей профессиональной деятельностью у медсестер также способствуют развитию симптомов выгорания. Ее рабочий день - это

теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими неусыпной заботы и внимания.

Медицинская сестра повседневно должна быть готова к оказанию неотложной помощи, тем самым она переживает стрессовые ситуации, связанные с выполнением ею профессиональной деятельности, что позволяет говорить о подверженности медсестер риску профессионального выгорания. Если рассматривать факторы риска социально-профессиональной природы медицинских сестер, то следует выделить длительное эмоциональное напряжение специалистов, связанное с ответственностью за жизнь и здоровье людей, их повседневную подверженность стрессу, столкновение с чужой болью, а в итоге, хроническую усталость, перенапряжения.

По роду своей деятельности медсестры обязаны четко знать и применять полученные ими теоретические знания на практике, организовывать проведение амбулаторного приема врача (подготовку рабочего места, приборов, инструментария, бланков, рецептов), выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначаемые врачом в поликлинике и в стационаре, ассистировать врачу при проведении амбулаторных операций и сложных манипуляций и т.д. [1]

Выделяют три типа медицинских сестер, которым угрожает СЭВ:

1) "педантичный", характеризующийся добросовестностью, возведенной в абсолют, чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе);

2) "демонстративный", стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду. Этому типу свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы;

3) "эмотивный", состоящий из впечатлительных и чувствительных людей. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением. [2]

Постоянное столкновение с чужой болью, страданиями, проблемами, связанными с вопросами жизни и здоровья неизбежно ведут к огрубле-

нию, эмоциональной невосприимчивости, и как следствие, к профессиональному выгоранию медицинских сестер. [4]

По опросам психотерапевтов и психологов-консультантов подвержены синдромам эмоционального и профессионального выгорания, люди с низким уровнем профессиональной защищенности (отсутствие опыта практической работы, невозможность систематического повышения квалификации и пр.). Провоцировать синдром также могут болезни, переживание тяжелого стресса, психологические травмы (развод, смерть близкого или пациента). [3]

Заметно, что обусловленным стрессами нарушениям здоровья подвержены, прежде всего, начинающие специалисты. Дело в том, что они часто имеют идеализированные представления о своей профессии и поэтому начало трудовой деятельности нередко связано для них с разочарованиями.

Таким образом, специфика профессиональной деятельности медицинских работников является предпосылкой к развитию СЭВ.

Список литературы

1. Никифоров Г.С. Психология здоровья/Г.С. Никифоров. - СПб.: Речь, 2002. -256 с.
2. Реан А.А., Баранов А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей/А.А. Реан, А.А. Баранов // Вопросы психологии. - М.: Школа-Пресс, 1997. - №1. - С. 45-53.
3. Сергеева А. Синдром эмоционального сгорания/А. Сергеева // Интернет: <http://www.tsale.ru/index.htm>
4. Ушаков И.Б., Сорокин О.Г. Адаптационный потенциал человека/И.Б. Ушаков, О.Г. Сорокин // Вестник Государственной Академии Медицинских Наук. - М.: Медицина, 2004. - №3. - С. 8-13.

ВЛИЯНИЕ КОФЕИНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

*Белова В.С., Петрищева А.А.
Научный руководитель - Маслова Т. А.,
преподаватель Щигровского филиала
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Щигры*

Кофеин – алкалоид пуринового ряда, бесцветные или белые горькие кристаллы. Содержится в бобах кофейного дерева, в листьях чая, мате, ягодах гуараны, а также в небольших количествах в какао и орехах кола. Стимулятор центральной нервной системы, компонент тонизирующих напитков и облегчающих дыхание лекарственных средств. Кофеин может иметь различный эффект в зависимости от его происхождения, что объясняется в первую очередь различной концентрацией других стимуляторов и скоростью абсорбции [4]. Ежедневно более миллиарда людей пьют кофе. Он обладает прекрасным ароматом, изысканным вкусом и сильным тонизирующим действием. Сегодня кофе пропагандируют везде: с экранов телевизоров, в кафе, на рекламных щитах.

Цель проекта: познакомиться с веществом – кофеином, выяснить степень опасности его влияния на людей при употреблении продуктов, в которых он содержится.

Для этого необходимо решить ряд задач:

- выяснить, что представляет собой кофеин;
- установить содержание кофеина в продуктах;
- определить степень опасности кофеина;
- провести социологический опрос студентов Щигровского филиала ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж».

Кофеин - наркотик, принадлежащий к семейству ксантинов. Хотя теофиллин (содержащийся в чае) и теобромин (содержащийся в шоколаде) также являются ксантинами, они значительно отличаются от кофеина по своей структуре и по биологическим функциям. По химическому составу эти

наркотики очень сходны, но оказывают совершенно различное физиологическое воздействие на организм. Тем не менее, большинство специалистов по химии питания сходятся на том, что кофе, чай и шоколад содержат значительное количество кофеина [1].

В среднем в чае содержится 54 мг кофеина, в кофе 190 мг кофеина, а в шоколаде 18 мг.

Содержание кофеина в сухом веществе:

- 1) сухой черный чай 2-3% кофеина;
- 2) сухой зеленый чай 3-4% кофеина;
- 3) жареные зерна кофе 2-2.5% кофеина;
- 4) зелёные зерна кофе 3-4% кофеина.

Также кофеин содержится в энергетических напитках (RedBull, AdrenalinRush), пиве, гуаране. Гуарана предположительно содержит 5% кофеина.

Передозировка кофеина может быть крайне неприятной, но обычно не вызывает необратимых изменений. Однако, иногда, люди умирают от передозировки.

На конец 2023 года опубликованы медицинские статистические исследования, в которых показано положительное действие умеренного количества кофе на многие системы человеческого организма – мозг, мышцы, внутренние органы. Полезные свойства кофе связаны как с кофеином, так и с другими веществами, в частности с полифенолами. Относительно больший эффект обнаружен у кофе темной обжарки. Другие исследования показали, что темная обжарка кофе приводит к уменьшению количества полезных фенольных соединений более чем в два раза.

Нами был проведён эксперимент среди членов моей семьи, направленный на выяснение того, влияет ли кофеин на давление человека.

Основой нашего эксперимента было измерение и запись артериального давления человека в состоянии покоя, не употребляя кофеин, и в состоянии покоя,, употребляя кофеин (таблица 1).

Таблица 1

Влияние кофеина на артериальное давление человека

Испытуемый	пол	Возраст	Замеры давления без кофеина в организме	Замеры давления с кофеином в организме	Состояние без кофеина в организме	Состояние с кофеином в организме
Мама		36	119/70	130/75	общее недомогание, усталость	бодрость
Папа		48	125/80	140/85	бодрость	неусидчивость, бодрость
Я		17	110/70	125/75	общее недомогание, усталость	бодрость
Брат		11	100/60	115/65	бодрость	неусидчивость, бодрость

Перед первым замером давления никто из нас не употреблял кофеин, ни в каких его проявлениях около суток. Перед вторым замером все испытуемые выпили по чашке кофе вместительностью 300 мл.

Вывод: у испытуемых наблюдается появление аппетита, чувства бодрости, повышение активности; артериальное давление увеличилось.

Чтобы исследовать степень осведомленности студентов первого и второго курсов отделения «Сестринское дело» Щигровского филиала ОБПОУ «КБМК» о влиянии кофеиносодержащих продуктов на здоровье людей нами была разработана анкета, которая позволила выявить информированность студентов о влиянии кофеиносодержащих продуктов на здоровье людей.

Мы провели анкетирование 50 человек среди студентов первого и второго курсов специальности «Сестринское дело».

На вопрос, «Какой напиток Вы чаще всего употребляете в течение дня?», 70% опрошенных студентов ответили – кофе, 18% студентов выбрали – чай, 8% - шоколад, а оставшиеся 4% предпочитают энергетические напитки. Из ответов респондентов следует, что самый популярный напиток – кофе. Пьют по одной чашке кофе в день - 31% , по 2 чашки – 26%, от 3- 10 чашек кофе - 25%, не считали - 18%. Предпочитают пить кофе в гранулах - 80%, а в зернах всего лишь - 20%. Обычно пьют кофе утром -53%, вечером - 23%, днем - 18% и перед сном - 6%. Кофе считают вредным большая часть опрошенных - 63%, полезным - 29%, не задумывались о вреде кофе - 8%. Отказаться от употребления кофе могут – 34%, не могут- 66%. Кофе оказывает возбуждающее действие у 56%, вялость у 10%, не действует на 34% опрошенных студентов.

Действие кофеина на организм не однозначно, поэтому необходимо четко представлять, какими же свойствами обладает этот напиток.

Положительные свойства кофеина

1. Устраняет вялость и сонливость.
2. Повышает выносливость, отдалает наступление усталости.
3. Облегчает дыхание при астме и удушье.
4. В небольших дозах кофе можно использовать при внезапном понижении давления или гипотонии.

Отрицательные свойства кофеина

1. Усиливает сердцебиение. Это свойство следует учитывать людям, имеющим нарушения ритма сердца (тахикардия, аритмия).
2. Повышает кровяное давление при стрессах и шоке.
3. Вызывает привыкание. Если при регулярном употреблении кофе отказаться от него, примерно через 18 часов появляются симптомы так называемой «кофеиновой абсистенции»: головная боль, слабость, могут заныть мышцы. Они исчезают в течении суток практически без последствий.

На основании полученных данных в результате теоретического и практического исследований разработаны рекомендации:

1. Безопасная доза кофе, рекомендуемая почти всем, это 4-5 чашек кофе в день;

2. Гипертоникам кофе лучше не пить, а нюхать. Аромат кофе тоже передает особую свежесть и радость, которые связаны с употреблением кофе.

3. При пониженном давлении с утра рекомендуется выпить чашку кофе.

4. Старайтесь стимулировать свой организм не напитками, а активным образом жизни. Тогда кофе вам будет не так нужен.

Результаты работы дают возможность утверждать, что исследуемая проблема является актуальной. Ведь самое дорогое, что есть у человека – это его жизнь и здоровье.

Мы пришли к выводу, что кофеин сам по себе не причиняет вреда нашему организму. Вопрос лишь в том, какое количество кофеиносодержащих напитков мы употребляем. Если просто хотите немного взбодриться, кофе или чай - это то, что вам нужно.

Список литературы

1. Кофеин - Википедия - Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%84%D0%B5%D0%B8%D0%BD>

(дата обращения 15.01.2023). – Текст: электронный.

2. Беликов, В.Г. «Учебное пособие по фармацевтической химии» / В.Г. Беликов - М.: Медицина, 2018 стр. 398 – ISBN 978-5-6534-2207-1 Текст: непосредственный.

3. Рабинович В.А., Хавин З.Я. «Краткий химический справочник» / В.А. Рабинович - Л.: Химия, 2012 стр. 153– ISBN 874-5-2334-1507-9 Текст: непосредственный.

4. В каких продуктах содержится кофеин? - Режим доступа: <http://ktoikak.com/v-kakih-produktah-soderzhitsya-kofein/> (дата обращения 15.02.2023). – Текст: электронный.

5. Действие кофеина на организм - Режим доступа: <http://www.vashaibolit.ru/9951-deystvie-kofeina-na-organizm-cheloveka.html> - (дата обращения 02.02.2023). – Текст: электронный.

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ВОПРОСАМ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Беляева А.А.
Научный руководитель - Селина В.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Важную роль в этиологии заболеваний щитовидной железы играют такие причины, как наличие врожденных аномалий в работе щитовидной железы, ее воспаление в результате инфекционных и аутоиммунных процессов, а также возможные осложнения после хирургического лечения и терапии радиоактивным йодом при диффузном токсическом зобе. Кроме того, недостаток йода в окружающей среде также может привести к развитию заболеваний щитовидной железы.

Заболевания щитовидной железы часто возникают после перенесенных инфекционных заболеваний, вирусных инфекций, а также хронических инфекционных процессов в ЛОР-органах (ухо, горло, нос). Поэтому для профилактики заболеваний щитовидной железы необходимо повышать иммунитет организма. В этом могут помочь простейшие правила, образующие то, что называется здоровым образом жизни: следует нормализовать питание, быть физически активным, регулярно гулять на свежем воздухе, соблюдать режим дня. Необходимо следить за здоровьем полости рта и носа, оперативно реагируя на возникновение очагов инфекции.

Еще один фактор, увеличивающий риск заболеваний щитовидной железы, это – стрессы. Следует по возможности снижать нервное напряжение, контролировать негативные эмоции, не допускать психического утомления и

нарушений сна. Всё это создаёт благоприятную почву для развития заболеваний.

Поскольку для выработки тиреоидных гормонов необходим йод, достаточное содержание йода в пище также является важным условием нормальной жизнедеятельности щитовидки. Нарушения возникают не только при дефиците йода, но и при его избытке, однако для нашей страны характерен именно дефицит (йода мало в нашей воде и почве). Высоким содержанием йода отличаются морепродукты, морская рыба, моллюски, морская капуста и некоторые фрукты (хурма, фейхоа, киви), а также грецкие орехи, черноплодная рябина, – всё это, как правило, составляет не очень большую долю нашего рациона. Если получаемого йода не хватает, необходимо специально позаботиться о том, что бы повысить его количество в пище, – например, употреблять йодированную соль.

Заболевания щитовидной железы оказывают огромное влияние на заболеваемость, смертность и инвалидность, как в России, так и по всему миру. Включаются различные нарушения, воздействующие на способность щитовидной железы синтезировать гормоны, которые играют важную роль в регуляции обмена веществ в организме.

При сравнительной оценке процента заболеваемости среди населения наибольший процент выявляется среди женщин, чем у мужчин. При этом процент смертности от заболеваний щитовидной железы относительно невелик. Однако, при этом повышается процент возникновения других осложнений для здоровья пациента. Основными симптомами заболеваний щитовидной железы считаются потеря или увеличение веса, слабость, перепады настроения, а также когнитивные расстройства.

Дефицит йода приводит к возникновению эндемического зоба, широко распространенного во всех странах мира. Недостаток тиреоидных гормонов замедляет развитие и дифференцировку тканей мозга, подавляет высшую нервную деятельность, что приводит к неизлечимому кретинизму у детей с

врожденным или поздно диагностированным гипотиреозом. У взрослых возникает энцефалопатия.

Гормоны щитовидной железы образуются с участием йода. Для того чтобы щитовидная железа могла свободно вырабатывать гормоны, она должна получать этот важный микроэлемент в достаточном количестве. В сутки человек должен получать около 150-200 микрограммов йода с пищей для того, чтобы сохранить баланс гормонов в норме. При беременности это количество возрастает до 250 микрограммов в сутки.

Консультативная деятельность медицинской сестры, играет все более важную роль в вопросе диетотерапии, при заболеваниях щитовидной железы. Медицинская сестра выступает помощником врача в лечебном процессе, участвует в обследовании пациента, его подготовки к ним, наблюдает за изменением состояния здоровья пациента. Диетотерапия для каждого пациента имеет индивидуальный подход, который дополняет собой медикаментозное лечение. Диетотерапия направлена на поддержание здоровья щитовидной железы, тем самым повышая эффективность медицинского лечения.

Так при гипотиреозе, когда количество йода в организме снижено, особенно важным является введение в организм достаточного количества йода. С этой целью необходимо употребление йодированной соли (содержит 25 г йодида калия на 1 т натрия хлорида) и продуктов, богатых йодом (блюда из морской и океанической рыбы, крабов, креветок, кальмаров, морской капусты). Но стоит не упускать из внимания, что переизбыток йода так же может негативно сказаться на функции щитовидной железы. Пациенты, болеющие гипотиреозом, имеют, как правило, лишний вес из-за неправильного обмена веществ, поэтому в основе диеты необходимо учитывать количество потребленных калорий. В этом пациенту на помощь придет медицинская сестра. Здесь важной задачей медицинской сестры является объяснить пациентам о важности сбалансированного питания, рационального питания, которое будет способствовать снижению веса и повышению энергии. Необходимо посоветовать пациенту диету с содержанием большого количества овощей,

постных белков, цельных злаков, что поможет не только снизить риск развития заболеваний сердца, сахарного диабета, но и непосредственно облегчит общее состояние пациента с заболеванием щитовидной железы. Так же сбалансированное питание необходимо для стабилизации уровня сахара в крови.

Для больных с гипертиреозом медицинская сестра может дать рекомендации по питанию с учетом высокого метаболизма, который характерен для данной патологии, с увеличением калорийности принимаемой пищи и белка для предотвращения потери мышечной массы тела и веса. А также необходимость включения в рацион питания продуктов богатых кальцием и витамином D, так как при гипертиреозе существует риск истончения костей.

При аутоиммунном тиреоидите, при котором происходит воспаление щитовидной железы вследствие атаки её клеток собственными антителами, патологический процесс развивается медленно, но в конечном итоге приводит к ненормальному функционированию железы. Как правило, лечится данная патология путём назначения синтетического аналога гормона, вырабатываемого щитовидной железой. Необходимо при данной патологии соблюдать противовоспалительную диету. В данном случае медицинская сестра может порекомендовать пациенту диету с низким содержанием глютена, продукт, вызывающий воспаление, и включение в диету противовоспалительных продуктов, таких как омега-3 жирные кислоты.

Таким образом, для пациентов с заболеванием щитовидной железы, консультативная помощь медицинской сестры в виде бесед, рекомендаций, обучения, будет неоспоримой. Первой задачей медицинской сестры в этом случае будет ознакомление пациентов с прямой зависимостью между питанием и здоровьем щитовидной железы. Необходимо донести до пациентов важность таких микроэлементов как йод и селен, и участие их в метаболизме и выработке гормонов щитовидной железы. Дать информацию о продуктах, содержащих столь важные микроэлементы, научить, сбалансированно употреблять данные продукты. Но не стоит забывать, что чрезмерное потребление йод содержащих продуктов может только ухудшить состояние больного.

Для эффективного лечения заболеваний щитовидной железы необходимо проводить независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства, которые должны охватывать все аспекты патогенеза заболевания. При этом необходимо учитывать тип заболевания, его тяжесть, основные симптомы, состояние компенсации, побочные эффекты фармакотерапии и возможные осложнения, чтобы предотвратить их возникновение.

Список литературы

1. Бабушкин, И.Е. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе. Практическое руководство: учебное пособие [Электронный ресурс] / И.Е. Бабушкин, В.К. Карманов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 596 с. - ISBN 978-5-9704-6837-1. – Режим доступа: <https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468371.html>.
2. Двойников, С.И. Проведение профилактических мероприятий: учебное пособие [Электронный ресурс] / С.И. Двойников, Ю.А. Тарасова, И.А. Фомушкина, Э.О. Костюкова; под ред. С.И. Двойникова. - 2-изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 480 с. - ISBN978-5-9704-7345-0. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473450.html>.
3. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: учебник [Электронный ресурс] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 544 с. - ISBN978-5-9704-6762-6. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467626.html>.
4. Стёпкин, Ю.И. Санитарно-гигиеническое просвещение населения: учеб. пособие [Электронный ресурс] / Стёпкин Ю.И. и др. - Ростов н/Д: Феникс, 2020. - 543 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35176-5. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351765.html>.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

*Булгараши О.В., Коновалова А.В.
Научный руководитель - Белоусова О.В., к.фарм.наук, преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Актуальность. Фармация в современном мире является важной и неотъемлемой частью здравоохранения. Она занимается изучением, разработкой, производством, дистрибуцией и использованием лекарственных средств для лечения и профилактики различных заболеваний.

Одной из основных задач фармации в современном мире является обеспечение безопасности и эффективности лекарственной терапии пациентов.

Лекарственные технологии составляют значительную часть всех медицинских технологий (на долю медицинских услуг приходится около 82% мирового рынка здравоохранения, лекарственные средства занимают 10% оборота, инновации 5%, медицинская техника 2,3%, образовательные услуги 0,6%).

Цель: изучить историю медицины и фармации

Задачи: Рассмотреть историю медицины и фармации в разные периоды истории человечества.

Изучить влияние технологий на современную медицину и фармацию, современные вызовы и достижения в медицине и фармации.

Исследовать значимость и будущее медицины и фармации для современности.

Объекты: литературные источники

Методы: контент анализ, структурный, графический.

История медицины — это система знаний о развитии и совершенствовании медицины различных народов мира на протяжении всей истории человеческой цивилизации.

Она находится в неразрывной взаимосвязи с философией, социологией и другими науками. История медицины изучает законы врачевания с древнейших времен и до наших дней.

Родиной медицины считают Древнюю Грецию. Именно здесь открывались первые школы, в которых желающие обучались медицинской науке. Самым известным учёным-медиком того времени был Гиппократ.

Решающим моментом для становления медицины как науки считают рубеж 19–20 веков, когда развивались естественные науки и технический прогресс шёл на опережение запросов общества. В это время было сделано большое количество открытий.

Древние цивилизации и первые медицинские практики. Зарождение медицины происходит в первых рабовладельческих государствах Древнего Востока — Египте, Китае, Индии, странах Передней Азии.

В течение длительного времени в рабовладельческом периоде медицинская деятельность была тесно связана с религией, культом, храмами. Этот период в истории медицины носит название жреческой (храмовой) медицины.

Каждая цивилизация древнего Востока имела свою медицину и выработала свои методы и способы борьбы с недугом и лечения людей.

Например, медицина Древнего Египта оказала большое влияние на медицину греков, евреев и арабов. Древнейшая из медицинских систем — индийская — дала миру йогу и Аюрведу.

Медицинские знания были использованы для лечения болезней, а также для проведения обрядов. Изображения богов и символы смерти и жизни часто использовались для создания амулетов и талисманов, которые считались лечебными предметами.

Эти древние практики и уверенность в их эффективность в значительной степени сформировали основы будущей медицинской науки.

Развитие медицины в средние века.

Учение о четырех соках

Учение о четырех стихиях — «корнях», первоначалах природы, стало основой знаменитой «гуморальной теории» (от греч. «дитога» — жидкость), согласно которой здоровье человека зависело от равновесия в организме четырех жидкостей — телесных соков, или «гуморов»: крови, флегмы, черной и желтой желчи. Им соответствовали четыре стихии: воздух, вода, земля и огонь.

Расцвет госпиталей

В средние века был значительный рост госпиталей для бедных и больных.

Роль монахов-целителей

Монастырская медицина на Руси сформировалась в X-XI веке наряду с принятием христианства. Монахи, утверждали, что болезнь - это Божие наказание за грехи и непослушание предписанным законам.

Монастыри были центрами медицинской практики и лечения больных.

Открытия и прорывы в медицине в эпоху Просвещения.

Научные открытия. В эпоху Просвещения врачи начали стремиться к научным объяснениям болезней и методам лечения.

Медицинские исследования. Происходило интенсивное развитие медицинских исследований, в результате чего были сделаны важные открытия о строении тела и нарушениях здоровья.

Эволюция врачебной практики. В эпоху Просвещения возникла обоснованная научно-практическая медицина, которая привела к внедрению новых методов лечения и профилактики болезней.

Роль научных открытий в развитии современной медицины

Открытие строения ДНК. Открытие структуры ДНК помогло понять генетические механизмы заболеваний.

Изобретение анестезии. Изобретение анестезии улучшило процедуры хирургического вмешательства.

Разработка антибиотиков. Разработка антибиотиков спасла миллионы жизней от инфекций и бактериальных заболеваний.

Открытие вакцинации. Создание вакцин помогло предотвратить распространение опасных заболеваний в обществе

Развитие фармации и появление лекарственных препаратов.

Фармация начала развиваться в древние времена, когда лекарственные растения использовались в медицинских целях. Позже появление химических соединений привело к разработке эффективных лекарственных препаратов.

Фармация как знание о лекарствах возникла очень давно. Примерно 45 000 лет назад первобытные люди уже использовали лекарственные растения для лечения заболеваний

Фармация как наука выделилась из медицины в конце XVIII века. В это время основой фармации становится аналитическая химия. В XX веке медицина и фармация претерпели значительные изменения. В центре внимания учёных оказались инфекционные, хронические и дегенеративные заболевания. Активно проводятся научные исследования, особенно фундаментальные, позволяющие глубже понять, как функционирует организм, что приводит к болезни, как действуют препараты.

Влияние технологий на современную медицину и фармацию.

Генной инженерии. Новые технологии позволяют изменять гены для лечения заболеваний. С помощью генной инженерии получают труднодоступные обычным путем или экономически невыгодные препараты, такие как инсулин, интерферон, соматотропин и др.

Телемедицина. Удаленное предоставление медицинских услуг с использованием технологий. Телемедицина помогает повысить общее качество жизни пациента. Она помогает адаптации маломобильных граждан или людей с ограниченными возможностями, которые могут наравне с другими получить базовую медицинскую помощь

Роботизированная хирургия. Использование роботов для точных и малоинвазивных хирургических вмешательств. С использованием роботов меньше вероятно заражение хирурга, так же пациент быстрее восстанавливается после операции.

Биомедицинское изображение. Современные технологии обеспечивают точные и неинвазивные методы медицинского визуального исследования.

Современные вызовы и достижения в медицине и фармации.

Современная медицина и фармация сталкиваются с вызовами кибербезопасности, требуют инновационных методов лечения и полагаются на искусственный интеллект в диагностике. Они также представляют новые разработки в фармацевтической индустрии, обсуждают этические вопросы и активно участвуют в глобальной медицинской кооперации.

Значимость истории медицины и фармации для современности.

Наследие: Важность исторических открытий и знаний в развитии медицинской и фармацевтической науки.

Традиции: Связь между современными практиками и преемственностью в развитии медицины и фармации.

Инновации: Влияние прошлого на современные методы лечения и производства лекарств.

Заключение

Рассмотрена история медицины и фармации, в разные периоды истории человечества. Выяснено, что медицина и фармация постоянно развивались.

Изучено влияние технологий на современную медицину и фармацию, современные вызовы и достижения в медицине и фармации. Установлено, что новые технологии положительно влияют на фармацию и медицину. Они облегчают сбор, подготовку, хранение, передачу информации и не только.

Исследована значимость и будущее медицины и фармации для современности. Выявлено, что медицина и фармация не отделяемая часть истории общества, эти отрасли находятся в постоянном движении вперед, современная медицина позволяет нам значительно облегчить течение многих болезней и искать лечение от ранее неизлечимых. Фармация представляет изготовление новых эффективных лекарств и усовершенствование старых.

Список литературы

1. Эльяшевич Е.Г. Очерки фармации Древнего Мира
<https://cyberleninka.ru/article/n/ocherki-farmatsii-drevnego-mira/viewer>
2. Использование лекарственных растений - один из древнейших методов лечения в истории человечества Эльяшевич Е.Г. Бузук Г.Н.
<https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-lekarstvennyh-rasteniy-odin-iz-drevneyshih-metodov-lecheniya-v-istorii-chelovechestva/viewer>
3. Цифровая Трансформация в фармацевтике: технологии и тенденции в 2022 году. Павлова К.В <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovaya-transformatsiya-v-farmatsevtike-tehnologii-i-tendentsii-v-2022-godu/viewer>
4. Важнейшие открытия в фармации Нового времени Текст научной статьи по специальности «Фундаментальная медицина» Эльяшевич Е.Г.
<https://cyberleninka.ru/article/n/vazhneyshie-otkrytiya-v-farmatsii-novogo-vremeni/viewer>

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА

*Веремчук Т.Р., Ониськива А.П.
Научный руководитель - Пафенрот Е. А., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Кишечная микробиота – это совокупность различных видов микроорганизмов, населяющих кишечник человека. По последним данным, число ее представителей не меньше, чем клеток в человеческом организме, а число родов и видов, по оценкам, превышает 50 и 500 соответственно. Открываются новые перспективы использования микрофлоры в клинической практике в качестве точки приложения терапевтического вмешательства.

Бифидобактерии являются основной составляющей микрофлоры кишечника человека всю его жизнь. Они защищают его от проникновения патогенных бактерий, принимают участие в синтезе большого количества витаминов, а также помогают усваиваться различным микроэлементам. Второй большой группой микрофлоры кишечника являются лактобактерии, которые необходимы для защиты организма человека от различных болезнетворных и гнилостных бактерий. При нарушении нормального баланса флоры кишечника возникает “дисбактериоз кишечника”. Его проявления в различных сочетаниях обнаруживаются практически у всех больных с хроническими заболеваниями кишечника, при некоторых изменениях питания и воздействии ряда факторов окружающей среды, приеме антибактериальных препаратов. Бифидобактерии используются для нормализации микрофлоры кишечника и противодиарейной терапии. Лактобактерии (лактобациллы) Штаммы молочнокислых бактерий используют в производстве медицинских препаратов — пробиотиков, предназначенных для восстановления нормальной микрофлоры кишечника и влагалища (после инфекционных заболеваний, антибиотикотерапии).

В результате исследования установлено, что в настоящее время российский фармацевтический рынок представлен более 27 торговыми наименованиями (ТН) препаратов и более 41 БАДов, которые предназначены для нормофлоры. Средства, содержащие бифидобактерии (бифидум), бифидобактерии + лактобактерии, в сочетании с другими бактериями, штаммы бактерий составляют 12 ТН лекарственных препаратов и 30 БАДов.

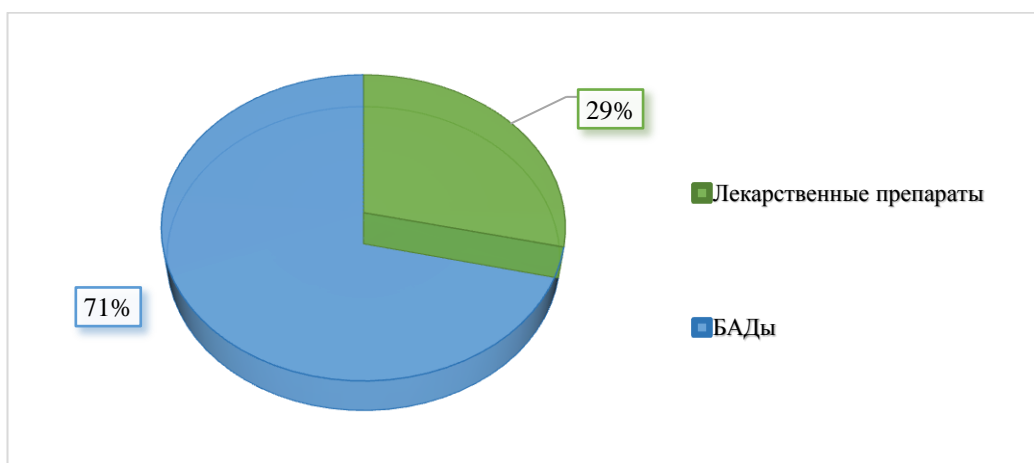
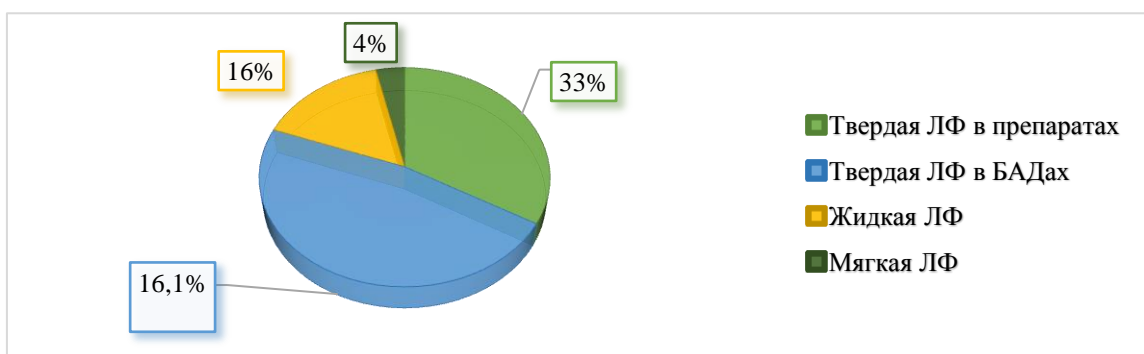


Рис. 1. Анализ БАД и ЛП, содержащих в составе бифидобактерии, %

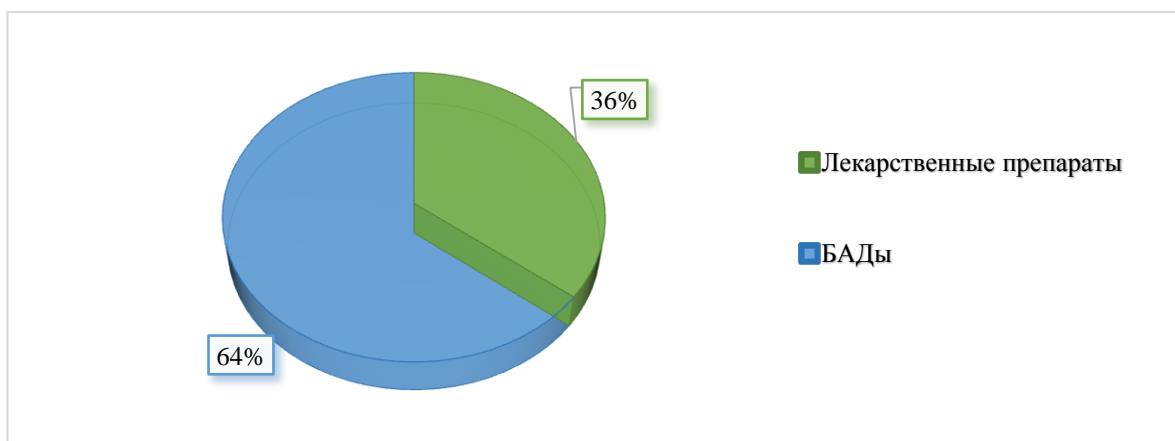
По АТХ- классификации, бифидобактерии, штаммы бактерий бифидо относятся к А07FA противодиарейным микроорганизмам, а также к БАДам — пробиотики и пребиотики. Исследование проводилось на основе сегментационного анализа по следующим показателям: ТН, дозировках, лекарственных формах, составу, производителю и т.д. Анализ ЛП и БАДов по производителю, показал, что основную долю на российском фармацевтическом рынке занимают отечественные фирмы-производители (54,0%), (Витафарма фирма АО, Партнер ЗАО, ПроБиоФарм ООО), (Ацилакт, Аципол, Бифидумбактерин и др.). Лидирующую позицию занимает Россия, что составляет 64,0% от общего ассортимента. ЛП и БАДы, содержащие бифидобактерии (бифидум), бифидобактерии + лактобактерии, в сочетании с другими бактериями, штаммы бактерий, выпускаются в различных дозировках: препараты: (850 мг, 50 млн КОЕ; 500 млн КОЕ, 50 млн КОЕ+50 млн КОЕ; и т.д.) БАДы: (175 мг, 250 мг, 290 мг, 350 мг, 378 мг, 625 мг и т.д.) и количества (№ 10, 15, 20, 30, 40 и т.д.). Далее проводился анализ лекарственных

форм и их видов. Большинство препаратов и БАДов выпускается в твердой лекарственной форме – 84,0%, выпускаются чаще всего в виде капсул. Реже в виде таблеток (жевательных). Жидкая лекарственная форма представлена: каплями для приема внутрь, сиропами, эмульсиями (5 мл, 12 мл, 100 мл, 250 мл и т.д.) - сюда относятся БАДы. (16,1%). Некоторые ЛП, содержащие бифидобактерии (бифидум), бифидобактерии + лактобактерии, в сочетании с другими бактериями, штаммы бактерий, входят в перечень ЖНВЛП (Бифидумбактерин, Бифидумбактерин форте, Пробифор) (6,0%). Из аптечной организации отпускаются в большинстве случаев без рецепта врача. Отпуск по рецепту составляет 3% от всего ассортимента.



лекарственных форм с бифидобактериями, %

Российский фармацевтический рынок представлен более 16 торговыми наименованиями (ТН) препаратов и более 29 БАДов, содержащих лактобактерии, (лактобактерии ацидофильные), бифидобактерии + лактобактерии в сочетании с другими бактериями, штаммы бактерий.



Р

ис.
2.
Ана
лиз

Рис. 3. Анализ БАД и ЛП, содержащих в составе лактобактерии, %

Относятся по АТХ- классификации к подгруппе G01AX14 Лактобациллы, а так же к БАДам — пробиотики и пребиотики. Фармацевтический рынок-производителей представлен зарубежными компаниями (67,0%), ведущим из которых является FARMACEUTICI PROCEMSA, S.p.A. (Италия). ЛП и БАДы, содержащих лактобактерии, (лактобактерии ацидофильные), бифидобактерии + лактобактерии в сочетании с другими бактериями, штаммы бактерий выпускаются в различных лекарственных формах, из которых преобладает твердая в ЛП (37,0%) и БАДах (43,0%). Так, производят капсулы (180 мг, 227 мг, 400 мг и т.д) количеством (№ 20,30,40). Таблетки (жевательные) (280 мг, 450 мг и т.д.) количеством (№ 4, 20, 30 и т.д.). Представлены лиофилизаты и порошки для приготовления растворов внутрь (30 г, 50 г.). Мягкая ЛФ представлена суппозитории вагинальными по 10 млн. КОЕ (№ 10 шт.), (4,0%). Имеется жидкая ЛФ лекарственных препаратов и БАДов, содержащих лактобактерии, (лактобактерии ацидофильные), бифидобактерии + лактобактерии в сочетании с другими бактериями, штаммы бактерий. Сюда относятся: сиропы (667 мг/мл: 200 мл, 500 мл или 1000 мл фл.), капли для приема внутрь (Хилак Форте), где действующие вещества – метаболиты бактерий (Лактобактерии ацидофильные и др.) отпускается во флаконах 100 мл., (16,0%). Препараты лактобактерий входят в перечень ЖНВЛП (19,0%) и отпускается из аптечной организации без рецепта врача.

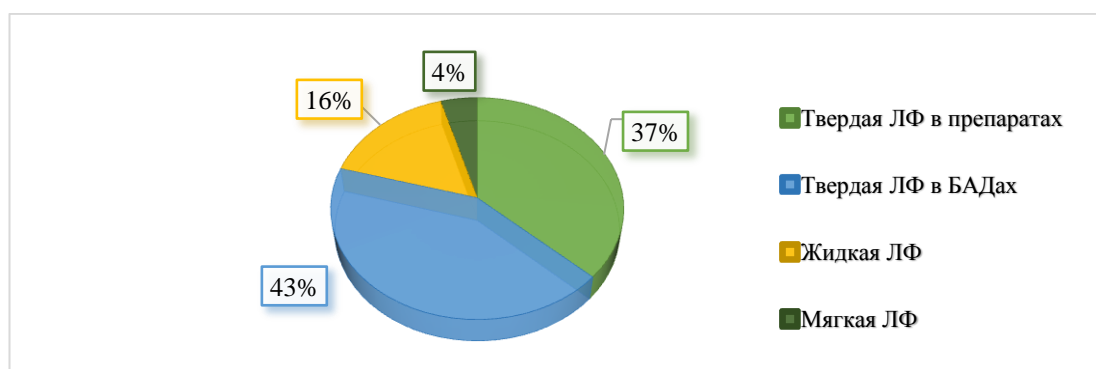


Рис. 4. Анализ лекарственных форм с лактобактериями, %

Анализ ЛП и БАДов показал, что: по АТХ-классификации бифидобактерии, штаммы бактерий бифидо относятся к A07FA противодиарейным

микроорганизмам, а также к БАДам — пробиотики и пребиотики; Большинство препаратов и БАДов отечественного производства (54,0 %); из них в Россия производится – 64,0 %; в твердой лекарственной форме (84,0 %), выпуск виде капсул; отпускаемых из аптечной организации в большинстве случаев без рецепта врача; входящие в перечень ЖНВЛП (6,0 %).

Лактобактерии, штаммы бактерий по АТХ-классификации относится к группе G01AX14 Лактобациллы, а так же к БАДам — пробиотики и пребиотики; большинство препаратов и БАДов зарубежного производства (67,0 %); в твердой лекарственной форме ЛП (37,0%) и БАДы (43,0%), выпускаются в виде капсул и таблеток (жевательных); Некоторые препараты входят в перечень ЖНВЛП(19,0%); отпускаются без рецепта врача.

Список литературы

1. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https:// www.vidal.ru/](https://www.vidal.ru/)
2. Регистр лекарственных средств Российской Федерации. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.rlsnet.ru/>.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Вехлова А.А.

*Научный руководитель – Дубашевская Е.А., преподаватель
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний дыхательной системы, которое существенно влияет на качество жизни пациентов. По крайней мере, 348 миллионов пациентов во всем мире страдают бронхиальной астмой. В Российской Федерации распространенность бронхиальной астмы среди взрослых составляет 6,9%, а среди детей и подростков – около 10%.

Бронхиальная астма является одним из трудно протекающих заболеваний, с которым больным людям приходится преодолевать и бороться в течение жизни и воздействие которого имеет возможность быть уменьшено или же контролируемо в большинстве случаев. Это состояние может значительно ограничить качество жизни пациентов и оказывать негативное влияние на их психологическое здоровье. В связи с этим, сестринское дело играет важную роль в обеспечении качества жизни и психологического благополучия у пациентов с бронхиальной астмой.

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний дыхательной системы, которое существенно влияет на качество жизни пациентов. По крайней мере, 348 миллионов пациентов во всем мире страдают бронхиальной астмой. В Российской Федерации распространенность бронхиальной астмы среди взрослых составляет 6,9%, а среди детей и подростков – около 10%.

Бронхиальная астма является одним из трудно протекающих заболеваний, с которым больным людям приходится преодолевать и бороться в течение жизни и воздействие которого имеет возможность быть уменьшено или

же контролируемо в большинстве случаев. Это состояние может значительно ограничить качество жизни пациентов и оказывать негативное влияние на их психологическое здоровье. В связи с этим, сестринское дело играет важную роль в обеспечении качества жизни и психологического благополучия у пациентов с бронхиальной астмой.

Бронхиальная астма является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

На сегодняшний день бронхиальная астма может возникнуть по нескольким причинам. Этиология данной болезни включает в себя два типа факторов, которые способствуют возникновению бронхиальной астмы.

Внутренним фактором считается предрасполагающими к заболеванию аспектами, присущие именно организму. Они могут влиять на развитие и обострение болезни. Это могут быть всевозможные недостатки эндокринной, нервной, иммунной системах, повышенная бронхиальная реактивность, чувствительность и многое другое. Тем более среди них выделяют гены, которые наделяют организм предрасположенностью к бронхиальной гиперреактивности и атопии.

Другим фактором является окружающая среда, из-за которой заболевание может проявляться в случае попадания аллергенов в организм или на кожные покровы, таких как: клещи домашней пыли, аллергены домашних животных, аллергены тараканов, грибковые аллергены, пищевые аллергены, пыльца растений и т.д.

Также, сюда можно отнести различные профессиональные факторы, инфекционных агентов (преимущественно вирусные), аэрополлютанты (озон, диоксиды серы и азота, продукты сгорания дизельного топлива, табачный дым (активное и пассивное курение)).

Важное место в лечении больных занимает своевременная и точная диагностика. Выделяют четыре степени тяжести бронхиальной астмы: легкая интермиттирующая, легкая персистирующая, среднетяжелая персистирующая, тяжелая персистирующая. По течению: период обострения и период ремиссии. Ремиссия может быть полной и неполной. Тяжесть обострения: легкая, средней тяжести, тяжелая, крайней тяжести (астматический статус).

Степень тяжести заболевания до начала лечения определяется по следующим показателям:

- частота дневных симптомов обострения в день и в неделю;
- частота ночных симптомов обострения в неделю;
- влияние обострения на качество жизни.

В классификации бронхиальной астмы так же выделяют следующее:

- по тяжести течения до начала лечения;
- по тяжести течения с учетом начальной терапии;
- по степени контроля заболевания (как проводимая терапия позволяет воздействовать на заболевание в течение длительного времени и какими средствами это достигается в зависимости от индивидуальной реакции организма на лечение);

- по фазам течения;
- по клиническим вариантам течения заболевания (особенности протекания болезни в зависимости от причин, которые вызывают бронхиальную астму);
- по наличию осложнений.

Все эти классификации не существуют отдельно друг от друга, а сводятся в единое целое в диагнозе, который позволяет наиболее полно и точно описать состояние пациента на текущий момент.

Клиническая картина бронхиальной астмы включает в себя три основные формы бронхиальной астмы:

1. Аллергическая форма – вызывается одним определенным аллергеном или группой аллергенов, из которых аллергенами могут быть пыль, шерсть животных, продукты питания;

2. Неаллергическая форма – болезнь вызывается неаллергическим происхождением. Эта форма возникает на фоне хронических инфекций дыхательных путей, при гормональных изменениях, при приеме различных лекарств (например аспирин);

3. Смешанная форма – болезнь сочетает в себе признаки двух предыдущих форм.

Астматический статус — тяжёлое, угрожающее жизни осложнение бронхиальной астмы, возникающее обычно в результате длительного некупирующегося приступа. Характеризуется отёком бронхиол, накоплением в них густой мокроты, что ведёт к нарастанию удушья и гипоксии.

Клиническая картина астматического статуса выделяет три стадии:

1. Первая начальная стадия – больной человек принимает вынужденное положение, где фиксирует плечевой пояс. Сознание больного с начальной стадией астматического статуса не нарушено, он может проявлять сильный страх. Наблюдаются синюшные губы, при прослушивании легких слышно много хрипов, тоны сердца приглушены, тахикардия, артериальная гипертензия;

2. Вторая стадия декомпенсации – больной возбужден, неадекватен, не в силах есть или пить. Наблюдается цианоз кожи и слизистых, слышны сильные хрипы, при выслушивании могут наблюдаться участки «немного легкого»;

3. Третья стадия это гиперкапническая ацидотическая кома – на этой стадии больной находится в крайне тяжелом состоянии, без сознания, могут присутствовать судороги. При осмотре зрачки расширены (слабо реагируют на свет), разлитой цианоз, при прослушивании наблюдается картина «немного легкого», а чистота дыхания составляет более 60 в минуту;

Все вышеперечисленные формы могут иметь легкую, среднюю и тяжелые степени тяжести, а также они могут отличаться частотой приступов.

Необходимо помнить, что чем раньше заболевание было выявлено, тем больше вероятен успешный итог лечения. Поэтому необходимо с момента проявления первых симптомов обращаться за медицинской помощью.

Список литературы

1. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни: учебник СД в 2-х т. – М: «ГОЭТАР-Медиа». 2011.

2. Струтынский А.В. и др. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. - М.: «Медпресс-информ». 2008.

3. Федюкович Н.И. Внутренние болезни. Ростов - на Дону: «Феникс». - 2007.

ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Вовк Л.М.

*Научный руководитель – Комарова М.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Профилактика инфекционных болезней – одно из стратегических направлений политики государства в области здравоохранения. Вакцинопрофилактика зарекомендовала себя одним из наиболее эффективных инструментов обеспечения эпидемиологического благополучия населения. В XX веке продолжительность жизни увеличилась на 25 лет, при этом на 20 лет благодаря вакцинопрофилактике. Наличие современных безопасных и иммуногенных вакцин, более чем полувековой опыт организации прививок позволяют ставить перед здравоохранением цели по элиминации или стабилизации заболеваемости «управляемыми» инфекциями на спорадическом уровне. В реализацию мероприятий по вакцинопрофилактике вовлечены врачи и средние медицинские работники разных специальностей. Недостаток знаний населения по проблемам, связанным с вакцинопрофилактикой, является причиной того, что родители распространяют среди населения неверную информацию о прививках. Имеющие место отказы населения от вакцинации свидетельствуют об их недостаточной компетентности и отсутствии ответственности за возможные последствия.

«Иммунопрофилактика – метод индивидуальной или массовой защиты населения от заболеваний, путём создания или усиления искусственного иммунитета».

Вакцинация является одной из форм медицинского вмешательства и совершается не в целях диагностики болезни или ее лечения, а в целях профилактики возможного возникновения инфекционного заболевания. Она проводится у здоровых людей, в том числе у детей.

Актуальность работы проведенного исследования заключается в следующем:

Эпидемическая обстановка в мире никогда не была спокойной. Все время наблюдались вспышки инфекционных заболеваний и появлялись новые виды заразных болезней, а в последние 10 лет происходит возвращение «старых» инфекций. Генетическая изменчивость циркулирующих штаммов, внутрибольничные инфекции, бактерионосительство, трудности в обеспечении и применении иммунобиологических препаратов требуют усиления работы в области иммунопрофилактики и иммунотерапии. Недостаточное внимание к этим проблемам неминуемо приводит к подъему инфекционной заболеваемости.

Своевременное проведение иммунопрофилактики значительно снижает уровень инфекционной заболеваемости и смертности особенно среди детского населения».

В результате проведенного исследования на базе детской поликлиники, было сделано социологическое исследование, в виде анкетирования, среди опрошенных были представители несовершеннолетних (их родители). Цель анкетирования – проанализировать работу медицинской сестры прививочного кабинета, выявить недостатки и устранить их.

Анкетирование проводилось анонимно, представителям несовершеннолетних предлагалось ответить на вопросы анкеты. Проведено анкетирование представителей несовершеннолетних детей до 14 лет и подростков с 15-17 лет, и выявлены проблемы пациентов.

Из 30 опрошенных человек представителей несовершеннолетних было женщин 80%, а мужчин 20%. Это зависит от того, что мамы чаще приходят с детьми в поликлинику, чем папы. Средний возраст представителя несовершеннолетнего ребёнка от 30 до 40 лет это 50% анкетированных. Представителей младше 30 лет 30% и отсюда следует что представителей старше 40 лет 20%. 70% родителей знают значимость прививок, которые делаются детям по национальному календарю прививок. Родители, которые не совсем знают

значимость прививок и только предполагают для чего делают прививки детям 20%, и представители несовершеннолетних, которые не вникают в значимость прививок и не следят за календарём прививок 10%. Выявлено, что 50% детей очень боятся делать прививки, таких детей с большим трудом удаётся привить. А остальные 50% относятся к прививкам спокойно и даже с интересом. Из 30 опрошенных 80% родителей соглашаются на все прививки по национальному календарю, а 20% пишут письменный отказ от всех прививок, и с каждым годом отказников становится больше. Только 70% знают каким образом происходит заражение инфекционными заболеваниями, остальные 30% даже не задумываются над этим.

Из 30 респондентов 90% опрошенных сказали что медицинская сестра давала рекомендации и предупреждала о возможных осложнениях, 8% сказали что не всегда слышали предупреждения, а 2% совсем ни разу не слышали об осложнениях после прививок и искали рекомендации в интернете. 85% отметили, что медицинская сестра проводила с ними беседу о поствакцинальных осложнениях. Иногда проводилась беседа с 13% пациентов, а вообще не было никакой беседы у 2% опрошенных. Было выявлено, что реакция, была у 10% пациентов, 90% переносили без каких-либо реакций.

70% из 30 опрошенных знают все последствия отказов от прививок, тогда как 30% этим даже не интересовались. 85% считают работу медицинской сестры важной, а 5% не считают эту работу важной, 10% затрудняются ответить так как не знают в чём заключается её работа. У 65% никогда не происходило конфликтов с медицинской сестрой прививочного кабинета, 30% иногда конфликтуют, а 5% не довольны работой медицинской сестры прививочного кабинета и поэтому у них часто происходит конфликт.

Для проведения вакцинации детскому населению медицинская сестра должна хорошо знать следующие особенности:

- правильность отбора детей на прививку (соблюдение показаний и противопоказаний);

- технику введения препарата;
- организацию наблюдения за привитыми в поствакцинальном периоде;
- организацию надзора за нарушениями состояния физического и психологического здоровья детей в поствакцинальном периоде;
- своевременность проведения профилактических прививок (по национальному календарю прививок);
- полный количественный учет населения, подлежащего активной иммунизации;
- план прививок в соответствии с действующими документами: НКПП и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям (своевременность прививок);
- отчёт по вакцинопрофилактике (по утвержденным формам);
- соблюдение сроков иммунизации и интервалов между различными вакцинациями и ревакцинациями;
- соблюдение противопоказаний к проведению иммунизации, обязательный медицинский осмотр врача перед прививкой и наблюдение за состоянием здоровья после нее;
- выполнение транспортировки, хранения и применения бактериальных препаратов, техники иммунизации;
- проведение прививок населению в рамках НКПП;
- обеспечение безопасности вакцинопрофилактики.

Для обеспечения объективного восприятия информации о вакцинопрофилактике, в том числе рисков, ассоциированных с ней, сообщения для каждой возрастно-социальной группы риска должны соответствовать следующим принципам:

- понятность информации, сообщения должны быть адаптированы для соответствующей аудитории;
- целостность информации (следует избегать фрагментарности подачи сообщений);

– распространение информации должно осуществляться через различные каналы связи (выбор канала связи должен обеспечивать возможность обратной связи);

– согласованность информации, отсутствие противоречий в информационных сообщениях, направленных различными каналами связи;

– прозрачность информации, недопустимо скрывать или умышленно замалчивать имеющиеся риски здоровью, ассоциированные с вакцинацией;

– высокое качество информации (предоставление информации, полученной надежными методами исследования);

– своевременность подачи информации.

Список литературы

1. Григорьев, К. И. Диагностика и лечение пациентов детского возраста: учебник / К. И. Григорьев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с.

2. Игнатова, Л. Ф. Первичная медико-санитарная помощь детям. Дошкольный и школьный возраст: учебное пособие / Л. Ф. Игнатова, В. В. Стан, Н. В. Иванова и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 312 с.

3. Кильдиярова, Р. Р. Детские болезни: учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 800 с.

4. Пылаева, Ю. В. Сестринский уход во фтизиатрии / Пылаева Ю. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с.

5. Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни у детей: учебник / под. Ред. Учайкина В. Ф., Шамшевой О. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 920с.

АСПЕКТЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВИЧ - ИНФЕКЦИЕЙ

*Воробьева И.В.
Научный руководитель - Шенцева И.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ БелГУ», г. Белгород*

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицитом человека (ВИЧ), относится к социально - значимым заболеваниям и имеет код по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (B20-B24).

ВИЧ – это инфекционное заболевание, которое вызывается вирусом иммунодефицита человека. Он атакует иммунную систему организма, разрушая клетки, непосредственно отвечающие за борьбу с инфекциями и болезнями [1, с.3].

ВИЧ-инфекция передается преимущественно через половой контакт, взаимодействие с зараженной кровью или от матери к ребенку во время беременности, родов или кормления грудью. Риск передачи ВИЧ-инфекции зависит от количества вирусов, содержащихся в биологической жидкости инфицированного, с которой контактирует здоровый человек. Концентрация вируса неодинакова в разные периоды развития инфекции и в разных жидкостях организма у человека - источника ВИЧ-инфекции [2].

ВИЧ-инфекция остается одним из глобальных вызовов в области здравоохранения, требуя специализированного и внимательного ухода.

В нашей стране остается напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом числа заболеваний социального характера, это те болезни, которые способны к широкому распространению, массовости и несут угрозу большому количеству людей.

На период, 01.01.2023 год нарастающим итогом с 1987г. на территории РФ зарегистрировано 1306 109 ВИЧ-инфицированных граждан. Родилось 189 504 живых детей от ВИЧ-инфицированных матерей, у 10 695 из них подтвержден ВИЧ-статус.

Структура заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Белгородской области.

На диаграмме видно, что за 2023 год, большая часть ВИЧ-инфицированных (75%) являются жителями Белгорода и Белгородской области. 10% иностранные граждане. 8% люди без определенного места жительства. 5% Временно прибывшие с других территорий РФ и 2% проходили обследование анонимно (Рис.1).



Рис.1. Структура заболеваемости ВИЧ-инфекцией за 2023г.

Медицинский персонал играет незаменимую роль в обеспечении качественного ухода, поддержки и сопровождения пациентов, живущих с ВИЧ.

Труд медицинских работников это сложный и ответственный вид деятельности, персонал ежедневно взаимодействуют с различными факторами инфекционной природы. Перед медицинским персоналом стоят следующие задачи:

1. Устранение факторов, препятствующих адаптационным процессам на протяжении всего периода ВИЧ-инфекции и стадий СПИДа;
2. Тактичное информирование пациента о болезни и состоянии здоровья;
3. Обучение взрослых пациентов самоуходу, контролю за своим состоянием; родственников и близких людей - уходу за пациентами в тяжелом состоянии и вопросам профилактики.

Роль сестринского персонала особенно важна при выполнении сложного индивидуального ухода и лечения ВИЧ-инфицированных.

В план ухода включены зависимые, взаимозависимые и независимые сестринские вмешательства. При проведении зависимых (выполнение назначений врача) и взаимозависимых (диагностические, лабораторные исследования) вмешательств медицинские сестры должны обеспечить самозащиту, а также принять меры по профилактике, как распространения ВИЧ-инфекции, так и инфекционного заражения самого ВИЧ-инфицированного.

Одной из ключевых функций медицинской сестры в уходе за пациентами с ВИЧ-инфекцией является обеспечение непрерывного мониторинга состояния пациента. Это включает в себя контроль над ходом заболевания, эффективностью проводимого лечения, а также своевременное выявление и реагирование на возможные осложнения.

Медицинские сестры также являются важными проводниками информации для пациентов. Они обеспечивают пациентов необходимой медицинской информацией о ВИЧ-инфекции, методах профилактики, правилах безопасного поведения и соблюдения режима приема лекарств. Это помогает пациентам более эффективно управлять своим заболеванием и поддерживать свое здоровье [3].

Кроме того, медицинские сестры играют роль психологической поддержки пациентов с ВИЧ-инфекцией. Они способны создать поддерживающую и доверительную атмосферу, обеспечивая эмоциональную поддержку и помогая пациентам справляться с психологическими трудностями, связанными с диагнозом ВИЧ.

В соответствии с действующим законодательством при обращении за медицинской помощью любые пациент, семья имеют право на сохранение в тайне информации о:

- факте обращения за медицинской помощью;
- состоянии здоровья;
- диагнозе;

- об иных сведениях, полученных при обследовании и лечении.

У больных ВИЧ-инфекцией повышается чувствительность к микроорганизмам. Поэтому ВИЧ - инфицированные нуждаются в усиленной защите от микроорганизмов, содержащихся в окружающей среде, тщательном уходе.

Изолировать пациента нужно только в том случае если к основному заболеванию (ВИЧ-инфекции) присоединяются оппортунистические инфекции, такие как: туберкулез, пневмоциста пневмония. Некоторые пациенты из-за диспепсических расстройств могут сами попросить об изоляции. Так же нельзя работать с ВИЧ-инфицированными пациентами тем, кто болеет любыми инфекционными заболеваниями.

При уходе за ВИЧ-инфицированными пациентами, медицинская сестра сталкивается с большим количеством различных заболеваний, в случае, если в наличие имеется кровохаркание, кровотечение, открытая форма туберкулеза, острое течение пневмоцистной пневмонии, то есть, когда больной ВИЧ – инфекцией представляет опасность, таких пациентов необходимо изолировать в боксированные или полубоксированные помещения.

Проведение независимых сестринских вмешательств ВИЧ-инфицированных на дому имеет определенные особенности. Основные требования инфекционного контроля при уходе на дому:

- 1.соблюдение чистоты;
- 2.предотвращение возможного распространения инфекции;
- 3.обеспечение собственной безопасности.

Проблемы пациентов могут быть вызваны изменениями в характере выведения шлаков из организма, данная проблема встречается у 30% - 50% лиц, поэтому персоналу необходимо обеспечить уход за кожей прианальной области, проследить за приемом препаратов, согласно назначению врача, возмещать потерю жидкости, проводить контроль веса, дать рекомендации по питанию.

Если этого не достаточно и у пациента возникает рвота и лихорадка, стул с примесью крови, диарея продолжается более суток, нарастает слабость, в этом случае необходимо пациенту обратиться к врачу.

Таким образом, медицинский персонал играет центральную роль в обеспечении комплексного ухода и поддержки для пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Для того чтобы не было новых случаев заражения, медицинским работникам необходимо информировать население через средства массовой информации о профилактике и факторах риска, механизме и пути передачи инфекции.

Мы сможем победить ВИЧ - инфекцию только вместе и государство и медицинские работники и социальные структуры, и общество в целом.

Список литературы

1. Литусов Н.В. Вирус иммунодефицита человека. Иллюстрированное учебное пособие. – Екатеринбург: УГМУ, 2018
2. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. <https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/spid/>

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КУРСКА В ВОПРОСАХ УТИЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ИСТЕКШИМ СРОКОМ ГОДНОСТИ

Вялых В.Е.

*Научный руководитель – Косинова Т.Н, преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Все мы заботимся о своем здоровье и здоровье своих близких. И лекарства играют в этом важную роль - они помогают излечить заболевание, облегчить симптомы болезни или предупредить развитие недуга. В каждом доме есть аптечка. Часто ли мы проверяем срок годности имеющихся у нас лекарств, и что мы с ними делаем, обнаруживая, что срок годности истек? Чаще всего мы выбрасываем их вместе с мусором или спускаем в унитаз, и совсем не задумываемся, что попадая в окружающую природную среду, фармацевтические субстанции могут претерпевать определенные изменения под воздействием различных факторов. Как правило, ЛС подвергаются деградации, теряя исходную активность. Однако целый ряд соединений не только устойчив к естественному разрушению, но и способен изменять свою активность с образованием физико-химических трансформантов, потенциально опасных для живых организмов и Человека [5].

Доказано, что эти фармакологически активные вещества даже в следовых количествах способны оказывать негативное влияние (развитие раковых заболеваний и нарушению работы почек и т.д.). Упаковка таблетированных лекарственных препаратов состоит из фольги, срок ее разложения составляет более 100 лет, а пластика, от 400 до 700 лет [3].

Таким образом, поиск решения проблемы загрязнения окружающей среды лекарственными препаратами представляет непростую задачу.

Цель нашей научно-исследовательской работы - анализ проблемы утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности, имеющихся у населения.

Задачи исследования:

1. Поиск путей решения проблемы загрязнения окружающей среды лекарственными препаратами;
2. Проведение анализа предложенных вариантов решения данной проблемы
3. Внедрение «Программы возврата» в аптечные организации.

Методы выполнения исследования:

- контент- анализ;
- статистический;
- сравнение.

Для достижения поставленной цели исследования мы рассмотрели несколько возможных вариантов решения проблемы утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности, имеющихся у населения.

Первый вариант - необходимо уменьшить потребление лекарственных препаратов или снизить процент их нерационального использования [2].

Проведя контент- анализ, мы познакомились с результатами исследований экспертов ВОЗ, которые отмечают - «Часто у людей находятся весьма рациональные причины для нерационального использования лекарственных средств». Следовательно, необходимы меры просвещения населения в вопросе более ответственного приобретения и использования лекарственных препаратов.

Да, как будущие фармацевты, мы понимаем двоякость ситуации. Чем больше спрос на ассортимент аптечной организации, тем больше ее прибыль и, соответственно, наш доход. Однако проблему нерационального спроса потребителей должны решать как врачи, которые назначают препараты, так и фармацевты, которые их отпускают. Ведь 90% посетителей аптеки сначала идут в аптеку, надеясь на помощь фармацевта, а не к врачу.

Второй вариант - снижение уровня загрязнения окружающей среды лекарственными средствами - это разработка менее вредных для окружающей среды ЛС на основе фитотерапии - растительных препаратов и БАД. Однако

следует учитывать, что многие активные фармацевтические субстанции в настоящее время не имеют альтернативной экологически безопасной замены.

И наконец, третий, самый приемлемый и менее затратный способ утилизации, который мы предлагаем внедрить - это сбор ненужных или просроченных лекарственных средств у населения. Контейнеры для их сбора можно размещать в аптеках.

Предлагаем аптекам внедрить в свою работу «Программу возврата», которая будет способствовать желанию клиентов аптеки не выбрасывать просроченные или не нужные лекарственные средства, а принести их в аптечную организацию для утилизации. Аптечная организация, как и любая другая, ставит перед собой цель получения прибыли. В связи с очень развитой конкуренцией в этой сфере, аптеки и так применяют много программ лояльности к покупателям: скидки, бонусы, кешбэк. Предлагаем эти выгоды клиентов аптеки приурочить к утилизации, в счет уже полученных клиентами выгод или бонусов. В связи с этим, «Программа возврата» никак дополнительно на затратах аптеки не скажется. Для информирования потребителей мы предлагаем использовать такое простое и эффективное средство, как рекламный буклет. Так же в целях просвещения и ознакомления потребителей можно внедрить мероприятия по использованию Интернет- источников, социальных платформ, которые будут нацелены на привлечение внимания к «Программе возврата». Предлагаем назвать эту программу «Лекарственная перезагрузка - 2 в 1 - Пойдем правильным путем!»

Меняя сознание каждого гражданина, такой вариант утилизации просроченных лекарственных средств приведет к постепенной смене модели поведения общества в целом. Этот процесс нельзя назвать быстрым. Его скорее можно охарактеризовать пословицей «Вода камень точит».

Главное в решении этой задачи - желание руководителей аптечных организаций внедрить такую программу и со временем население привыкнет к такому варианту утилизации по аналогии со сбором отдельного мусора.

Следующий этап в утилизации лекарственных препаратов передача собранных отходов ОАО «Фармстандарт - Лексредства» города Курска, имеющего соответствующие мощности для реализации данной программы. Такой способ утилизации менее затратный, чем последствия от вреда разложения фармпрепаратов для окружающей среды. Здесь потребуется финансовая поддержка государства и разработка соответствующих законодательных актов, регулирующих вопросы утилизации лекарственных средств [1].

Следовательно, борьба с загрязнением окружающей среды лекарственными средствами должна быть комплексной и включать в себя как мероприятия по изменению поведения конечного потребителя ЛС, так и совершенствование механизмов сбора и утилизации медикаментов [4].

Только объединение усилий может способствовать успешному решению данной проблемы, обеспечивающей будущее здоровой нации. И мы надеемся, что предложенный нами вариант поможет привлечь внимание к существующей проблеме социума и изменить привычную поведенческую модель сохранения окружающей среды в лучшую сторону.

Список литературы

1. Кутенев, В. Ф. Состояние и перспективы создания системы утилизации АТС в России / В. Ф. Кутенев, А. С. Теренченко // Автомобильная промышленность. – 2008. – № 10. – С. 7-9. – EDN JWCJHP.
2. Лемешко, М. А. Решение экологических проблем при утилизации твердых органических отходов / М. А. Лемешко, А. А. Галдина, А. С. Бондарева // Форум молодых ученых. – 2018. – № 11-1(27). – С. 1062-1066. – EDN YWXSGT.
3. Чубарова, О. О. Развитие системы утилизации отходов в России / О. О. Чубарова // Инновации. Наука. Образование. – 2021. – № 34. – С. 745-748. – EDN LHUFFJ.
4. Якопсон, С. А. Утилизация отходов / С. А. Якопсон // Научно-образовательный потенциал молодежи в решении актуальных проблем XXI века. – 2014. – № 2. – С. 183-185. – EDN TRNNGB.

5. Яранцева, Н. Д. Биоэтические аспекты утилизации лекарственных средств / Н. Д. Яранцева, А. В. Лишай // Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии : Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием, Витебск, Республика Беларусь, 02 декабря 2016 года / © УО «Витебский государственный медицинский университет». – Витебск, Республика Беларусь: Витебский государственный медицинский университет, 2016. – С. 108-110. – EDN XEWALJ.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Гавриленкова Н.Г.

*Научный руководитель – Луханина Е.М., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

«Участие медицинского работника в лечебно-диагностическом процессе является важным элементом в достижении оптимальных результатов лечения и точного диагноза. Медицинский работник играет решающую роль в обеспечении качества медицинской помощи и безопасности пациента. В данном реферате мы рассмотрим различные аспекты участия медицинского работника в лечебно-диагностическом процессе и его влияния на пациента» [2].

«Первоначальный этап лечебно-диагностического процесса – это сбор анамнеза, при котором медицинский работник выясняет данные о состоянии здоровья пациента, предшествующих заболеваниях, аллергических реакциях и других важных фактах. Коммуникационные навыки медицинского работника играют ключевую роль в проведении этого этапа, так как правильно заданные вопросы и умение слушать позволяют установить правильный диагноз и назначить необходимое лечение.

Основной этап лечебно-диагностического процесса – это проведение различных медицинских исследований, включая лабораторные анализы, образовательные процедуры, рентгенологические исследования и другие методы диагностики. Медицинский работник играет важную роль в проведении этих исследований, так как он обладает специальными навыками и знаниями, необходимыми для правильной интерпретации результатов. Он также отвечает за безопасность пациента во время процедур и исполнение правил асептики и антисептики» [1].

«После проведения исследований медицинский работник анализирует полученные данные и выносит диагноз. Правильное постановление диагноза

является основой для определения дальнейшего плана лечения. Медицинский работник должен быть внимателен к мельчайшим деталям и иметь хорошую клиническую интуицию, чтобы обнаружить скрытые симптомы и определить основной источник проблемы пациента.

После постановления диагноза медицинский работник разрабатывает индивидуальный план лечения, который может включать медикаментозное лечение, физиотерапию, хирургическое вмешательство и другие методы. Он также отслеживает динамику состояния пациента, корректирует план лечения, если это необходимо, и обязан обеспечивать качественную медицинскую помощь на протяжении всего лечебного процесса» [3].

«Важно подчеркнуть, что участие медицинского работника в лечебно-диагностическом процессе не ограничивается только проведением медицинских процедур и вынесением диагнозов. Он также играет роль советчика и психолога, поддерживая пациента в трудные моменты и помогая ему преодолевать физические и эмоциональные трудности. К нему обращаются за поддержкой и советами, и он должен быть готов оказать эти услуги, учитывая индивидуальные потребности каждого пациента» [2].

В заключение можно сказать, что участие медицинского работника в лечебно-диагностическом процессе играет важную роль в достижении оптимальных результатов лечения. Он проводит различные медицинские исследования, проводит правильный диагноз и разрабатывает индивидуальный план лечения. Кроме того, он является советчиком и психологом для пациента, обеспечивая ему необходимую поддержку и помощь. Все эти функции медицинский работник выполняет, придерживаясь высоких стандартов качества и безопасности пациента.

Список литературы

1. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: Учебное пособие. - М.: ОАО Издательство «Медицина». - 2010. - 464 с.

2. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: учебное пособие / Под ред. В.З. Кучеренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2008. – 560 с.

3. Основы профилактической деятельности [Электронный ресурс]: учебник / Н.Г. Петрова. - Ростов н/Д.: Феникс, 2016.

РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Галанюк А.П., Ханахмедова А.Р.
Научный руководитель – Луханина Е.М.,
преподаватель медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В условиях современного общества здоровый образ жизни приобретает все большую значимость. Сегодня в мире наблюдается тенденция к сохранению и приумножению здоровья, улучшению его основных показателей. Все больше людей стремится избавиться от вредных привычек, правильно питаться, заниматься различными видами спорта, позволяющими сохранить не только физическое, но и психическое здоровье [1]. Важную роль в поддержании стремления человека к здоровью, играет пропаганда в современных СМИ [1].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) является важным фактором здоровья: повышает трудовую активность, создает физический и душевный комфорт, активизирует жизненную позицию, защитные силы организма, укрепляет общее состояние, снижает частоту заболеваний и обострений хронических заболеваний.

В здоровый образ жизни включают разные составляющие, но большинство из них считаются базовыми:

- воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков;
- окружающая среда: безопасная и благоприятная для обитания, знания о влиянии окружающих предметов на здоровье;

- отказ от вредных привычек: курения, употребления алкоголя и наркотиков;
- питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов;
- движение: физически активная жизнь, включая специальные физические упражнения, с учетом возрастных и физиологических особенностей;
- формирование межличностных отношений в трудовых коллективах, семьях, отношения к больным и инвалидам;
- гигиена организма: соблюдение правил личной и общественной гигиены, владение навыками первой помощи;
- закаливание [2].

Важный метод укрепления здоровья населения – это обучение граждан здоровому образу жизни, пропаганда и информирование их о той важной роли, которую каждый человек играет в сохранении собственного здоровья и благополучия общества. Поэтому пропаганда формирования здорового образа жизни населения требует создания массивной информационно-пропагандистской кампании с использованием широкого спектра разнообразных средств, с широким использованием средств массовой информации – печати, радио, телевидения и др. [4].

Под пропагандой здорового образа жизни понимают широкий спектр деятельности – от просветительских и выездных программ работы с населением до использования средств массовой информации - деятельности, направленной на то, чтобы люди ответственнее относились к своему здоровью и располагали необходимой информацией для его сохранения и укрепления. Важную роль в пропаганде играют средства массовой информации (СМИ).

Средства массовой информации в пропаганде физической культуры и ЗОЖ убедительно показывают значение ЗОЖ в воспитании населения, профилактике болезней, продлении активного долголетия, борьбе с наркомани-

ей, курением, употреблением алкоголя, другими негативными явлениями. СМИ способствуют:

- повышению у людей интереса к физическому совершенствованию, раскрытию ценности физической культуры;
- популяризации самостоятельных занятий с широким использованием природных факторов;
- формированию массовом сознании понимания жизненной необходимости физкультурно-спортивных занятий [6].

Реклама, преподносимая посредством СМИ, может оказывать прямое или косвенное воздействие на сознание, ум человека. Особенно интенсивно такому воздействию подвергается молодое поколение.

Формирование здорового образа жизни – это создание системы преодоления факторов риска в форме активной жизнедеятельности людей, направленной на сохранение и укрепление здоровья [3].

Залогом успешного развития нашего общества является здоровье подрастающего поколения. Вопрос формирования, сохранения и укрепления здоровья детей, подростков, учащейся молодежи имеет особую социальную значимость, так как от этой категории населения зависит здоровье нации.

В связи с этим, происходит постоянное обновление учебно-методического обеспечения учебного процесса, разрабатываются современные программы, ФГОСы, направленные на популяризацию ЗОЖ. При этом активная работа осуществляется на всех уровнях: с детьми дошкольного, школьного возраста, взрослыми и пожилыми людьми [5].

Помимо информационно-пропагандистской направленности СМИ большое значение имеет просветительно-образовательный аспект, позволяющий гражданам пополнять и углублять свои теоретические познания в области физической культуры, спорта и здорового образа жизни, быть информированными о спортивной жизни и иметь возможность практически применить эти знания на занятиях физической культурой, спортом и вести здоровый образ жизни.

Цель информационно-образовательной кампании по пропаганде физической культуры и здорового образа жизни: вовлечь в физкультурно-спортивную деятельность тех, кто ранее не занимался физической культурой, а также поддержать (стимулировать) тех, кто занимается в настоящее время.

Реализация информационно-образовательной кампании по пропаганде физической культуры, спорта и здорового образа жизни способствует укреплению здоровья населения, созданию благоприятного материально-технологического климата в коллективах и обществе в целом. Вовлечение широких слоев населения в активные занятия физической культурой и спортом позволяет снизить воздействие негативных факторов (табакокурение, пьянство, наркомания, преступность) и снизить уровень заболеваемости населения [7].

Таким образом, пропаганда и формирование здорового образа жизни включает:

- создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии и возможностях снижения всех негативных факторов на здоровье;
- привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

Обязательным условием эффективности этой работы являются ее целенаправленность, плановость и непрерывность проведения.

Общественные оздоровительные компании пытаются информировать население на тему здорового образа жизни. Все больше людей в России делает выбор в пользу спорта и отказа от вредных привычек. Это свидетельствует о том, что пропаганда здорового образа жизни ведется с положительным успехом.

Список литературы

1. Алямовская, В.Г. Современные подходы к оздоровлению детей в дошкольном образовательном учреждении /В.Г. Алямовская //Дошкольное образование. - 2004. - №18.- С. 17-24
2. Вайнер, Э.Н. Валеология [Текст] : учебник для вузов : учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению 050600 - Педагогика / Э. Н. Вайнер. - 10-е изд. - Москва : Флинта : Наука, 2013. - 445.
3. Внутренняя политика России: формирование ЗОЖ и пропаганда спорта // КОИТ URL: <https://cont.ws/@awgust/80351> (дата обращения: 03.03.2024).
4. Зедгенидзе, В.Я. Формирование здоровья ребенка /В.Я. Зедгенидзе //Современный детский сад. - 2007. - №1. - С.25-30.
5. Кучма, В.Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий / В. Р. Кучма. - М. : Научный центр здоровья детей РАМН, 2001. - 376 с..
6. Сороченко, В. Энциклопедия методов пропаганды (Как нас обрабатывают СМИ, политики и реклама). - 1-е изд. - М.,: Литмир-Электронная Библиотека, 2011. - 49 с.
7. Сухарев А.Г. Концепция укрепления здоровья детского и подросткового населения России // Школа здоровья. 2000. Т. 7. №2. С.29 – 34.
8. Кокарева Ю.Е., Ильяминова А.А., Багдасарян Ф.С. Роль пропаганды в развитии физической культуры и здорового образа жизни в современной России // Международный научный журнал "Инновационная наука". - 2016. - №11-3. - С. 174-177.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ КАК НАУКА И УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА

Ганичева М.А.

*Научный руководитель - Гончарова Ю.С., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

МЕДИЦИНА – это система научных знаний и практической деятельности, направленная на укрепление и сохранение здоровья людей, продление их жизни, на предупреждение и лечение болезней.

Медицина является одной из древнейших наук. В своем развитии она прошла долгий путь и на каждом этапе накапливала и обобщала опыт и знания о строении и функциях человеческого организма, о болезнях человека и о практических навыках по их распознаванию, предупреждению и лечению.

Круг интересов медицины охватывает все стороны жизни человека, его общественную и трудовую деятельность, а также факторы природной и социальной среды с точки зрения их влияния на здоровье.

Поскольку медицина неразрывно связана с уровнем культуры, развивалась она в основном в очагах цивилизации, причем упадок или гибель той или иной цивилизации отнюдь не означали утраты медицинских приобретений и опыта.

Наоборот, при смене общественно-экономических формаций они накапливались и обогащались, переходя от одного поколения медиков к другому. Вот поэтому изучать медицину можно только в ее историческом развитии.

Таким образом, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ – это наука, которая изучает достижения в области врачевания, медицины и медицинской деятельности народов мира на протяжении всей истории человечества (с древнейших времен до наших дней).

Периодизация и хронология истории медицины основана на принятой в современной исторической науке периодизации всемирной истории, согласно которой всемирно-исторический процесс делится на 5 основных периодов:

- первобытное общество;
- древний мир;
- Средние века;
- Новое время;
- новейшая (современная) история.

Для каждого периода характерна своя, наиболее прогрессивная для того времени форма общественно-экономического развития, и

каждый период отражает развитие и смену *пяти общественно - экономических формаций*:

- первобытнообщинной
- рабовладельческой
- феодальной
- капиталистической
- социалистической.

К источникам изучения истории медицины относятся:

- археологические находки (черепки, кости, монеты, медали, гербы, печати);
- этнографические источники – обряды, обычаи, поверья;
- устные и фольклорные источники – песни, сказания, баллады, легенды;
- лингвистические источники – изображения в речевой форме;
- письменные источники – глиняные таблички, папирусы, рисунки на камнях и скалах, рукописи, печатные произведения врачей, историков, философов, военных и государственных деятелей;
- архивные материалы;

В процессе подготовки врача история медицины играет большую роль. Как наука история медицины показывает врачу закономерности развития медицины в каждый исторический период.

История медицины показывает врачу, какое влияние на развитие представлений людей о здоровье и болезни оказывали основные периоды в разви-

тии истории человечества.

История медицины как учебная дисциплина на основе опыта прошлого учит врача признавать и учиться на своих ошибках.

Список литературы

1. Медведева, Л. М. История истории медицины: актуальные тенденции / Л. М. Медведева // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев: материалы III Межрегиональной научно-практической конференции, Волгоград, 01–02 декабря 2016 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2016. – С. 152-159.

2. Пашков, К. А. Практикум по истории Отечества и истории медицины : учебное пособие : для студентов медицинских вузов / К. А. Пашков, Н. А. Саблина; К. А. Пашков, Н. А. Саблина ; Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования "Московский гос. медико-стоматологический ун-т Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Каф. философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, Каф. истории медицины. – Москва : МГМСУ, 2008. – 21 с. 3. Сорокина, Т. С. Преподавание истории медицины в контексте всеобщей истории и культуры / Т. С. Сорокина // Нижегородский медицинский журнал. – 1997. – № 3. – С. 123-126.

ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Гарбуз В.В., Демидова К.А.

Научные руководители - Тихонова Т.А., к.п.н., Полоса С.В., старший методист Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Департамента здравоохранения города Москвы «Медицинский колледж № 6», г. Москва

Аннотация. В статье обсуждаются вопросы, связанные с немедикаментозным обезболиванием первого периода родов.

Ключевые слова и словосочетания: роды, первый период родов физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам, прегравидарная подготовка, методы обезболивания, немедикаментозные методы обезболивания.

Введение

В настоящее время, когда в Российской Федерации остро стоит вопрос о повышении уровня рождаемости населения - негативный опыт течения и ведения родов женщины может оказать прямое отрицательное влияние на будущую маму и её решение повторно иметь детей. Проблема обезболивания родов является одной из ключевых в современном акушерстве. Основная его цель - уменьшения боли, снижение риска акушерских осложнений и повышение удовлетворенности роженицы уровнем оказания медицинской помощи [2].

По данным мировой статистики, наиболее востребованной остается эпидуральная анестезия, как наиболее эффективный метод обезболивания. Одновременно с тем акушеры и будущие мамы все больше уделяют внимание вопросу немедикаментозного обезболивания и физиологическому процессу родов [8]. Немедикаментозное обезболивание в родах является одним из важнейших составляющим системы «бережные роды».

Немедикаментозное обезболивание родов имеет большое значение при ведении первого периода родов, так как позволяет женщине справиться с болевыми ощущениями без использования лекарственных препаратов, которые могут иметь побочные эффекты и негативно влиять на здоровье матери и ребенка. Данные методы могут помочь женщине снизить уровень стресса и болевых ощущений, улучшить кровоснабжение плода и ускорить процесс родов.

На сегодняшний день существует много методов немедикаментозного обезболивания, с которыми будущих мам знакомят акушеры еще в период ведения беременности, как в специальных школах матери, так и в центрах планирования семьи и женских консультациях. Ответственный подход женщин к этому вопросу снижает риск родового травматизма, психоэмоциональной нагрузки в родовом периоде и, как правило, исключает послеродовую депрессию и позволяет полностью насладиться таинством рождения.

Немедикаментозные методы направлены на избавление от страха, расслабление роженицы через создание для нее комфортной эмоциональной и психологической обстановки [2].

Согласно Клиническим рекомендациям по ведению нормальных физиологических родов в Российской Федерации применяются следующие методы немедикаментозного обезболивания в родах [2]: гимнастика во время беременности и в период схваток, техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики, массаж и самомассаж, гидротерапия, чрескожная электронейростимуляция, тепловое и холодное воздействие, аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки), ароматерапия, иглоукалывание, гипноз, водная блокада (подкожные инъекции изотонического раствора, партнерские роды).

Цель исследования: Сравнительный анализ эффективности методов немедикаментозного обезболивания первого периода родов в медицинских организациях города Москвы.

Задачи исследования:

1. Изучить современные практики немедикаментозного обезболивания первого периода родов.

2. Выявить наиболее эффективных методов немедикаментозного обезболивания, используемых в течение первого периода родов.

База исследования: Перинатальный центр ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 имени Л. А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы»

Объект исследования: применение методов немедикаментозного обезболивания в родах, применяемые в перинатальных центрах города Москвы.

Предмет исследования: методы немедикаментозного обезболивания в первом периоде родов, применяемые в перинатальных центрах города Москвы

Практическая значимость: информационное просвещение будущих мам на этапе подготовки к беременности и непосредственно во время беременности по вопросам применения методов немедикаментозного обезболивания в первом периоде родов.

Материалы и методы:

В качестве основных инструментов проведения исследования были определены следующие:

1. Непосредственное наблюдение за поведением не только будущих мам в первом периоде родов, но и за медицинским персоналом, осуществляющим уход.

2. Прямой качественный опрос рожениц в раннем послеродовом периоде по форме специально разработанной анкеты (Рисунок 1). В анкету были включены такие методы немедикаментозного обезболивания, как партнерские роды, свободная поза, фитбол, массаж, аппликация теплых пакетов, душ и погружение в воду, водная блокада - подкожные инъекции изотонического раствора.

ФИО, кто заполняет анкету: _____ Дата: _____

Первый период родов

Возраст роженицы	<20 лет	20-30 лет	30-40 лет	>40 лет
Роли по счету	1	2	3	>3
Тактика ведения 1-го периода	Активная		Выжидательная	

Вид обезболивания	Ответ	Оценка эффективности (от 0 до 10)
		до _____ в раннем окончании послеродового 3 периода

Истории, методы обезболивания, примененные в родах:

Партнер в родах	Да	Нет
	Муж, Друг	Мам, Сестра/Подруга
«Путевки» в/к инъекции (или охватом)	Да	Нет
Акушерский	Да	Нет
Ароматерапия	Да	Нет
Аудиовизуализация	Да	Нет
Гипноз	Да	Нет
Духи и погрузление в воду	Да	Нет
Массаж	Да	Нет
Свободная поза	Да	Нет
Теплые ванны	Да	Нет
Техника релаксации	Да	Нет
Фитбол	Да	Нет
Другие варианты		

Медикаментозное обезболивание

Эпидуральная анестезия	Да	Нет
------------------------	----	-----

Источники информации:

Курсы по подготовке к родам	в ЖК	Независимые	Если нет, то почему:
		Платные	
Самостоятельное изучение материалов	Книги	Статьи в ИЖ	
	Вопросы ответы в ЖК	Врач	Акушерка
Дни открытых дверей в ПЛ	Да	Нет	
Разговоры/беседы с опытными подругами/родственниками	Да	Нет	

Субъективная оценка уровня своей подготовки к родам (от 0 до 10): _____

Уровень удовлетворенности своими родами (от 0 до 10): _____

Соответствует ли ожидаемое действительности: _____

ПН и его осознание: _____

Качество оказания услуги мед. персоналом: _____

Уровень культуры общения мед. персоналом: _____

Третий период родов

Тактика ведения 3-го периода	Активная	Выжидательная (Выжидательно-активная)
------------------------------	----------	---------------------------------------

Вид активной тактики, примененной в родах:

Высшее утробников	
Ручное отделение плаценты	

Рисунок 1. – Анкета

Результаты исследования.

В общей сложности в исследовании приняли участие 64 респондента. Были получены следующие статистические данные (Рисунок 2, 3)



Рисунок 2. – Распределение рожениц по возрасту



Рисунок 3. – Количество родов в анамнезе

В результате было выявлено:

1. Использование в родах **эпидуральной анестезии и анальгезии** составило 47% из общего количества. Однако роженицы, использующий этот метод обезболивания отметили его невысокую эффективность – 6,4 балла по 10-бальной шкале.
2. При этом некоторые методы немедикаментозного обезболивания показали наивысшую эффективность по сравнению с медикаментозным (Рисунок 4):

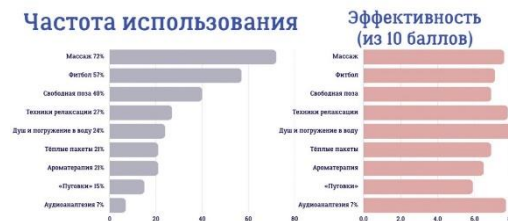


Рисунок 4. – Оценка частоты использования и эффективности методов немедикаментозного обезболивания

Наиболее частые методы немедикаментозного обезболивания в родах: массаж, применение фитбола, свободная поза, техники релаксации, подкожное введение физ. раствора, ароматерапия, аудиоаналгезия, гидротерапия.

По степени эффективности (самооценка респондентов): подкожное введение физиологического раствора, аудиоаналгезия, ароматерапия, массаж, применение фитбола.

Такой вид обезболивания, как **«Партнёр в родах»** был исследован более расширенно и дал следующий результат: 47% будущих мам пользовались поддержкой партнёра в первом периоде родов.

Отдельным аспектом в исследовании была выделена информационная подготовка будущих мам к родам, а именно: изучение теоретической части, посещение Дней открытых дверей в роддомах, выбор партнёра и т. д. В результате получены следующие данные:

1. Платными курсами по подготовке к родам пользовались 32,8% опрошенных, а курсами, предоставляемыми в женских консультациях – лишь 13,5%;
2. Основную информацию респонденты получали в Интернете 67,2%, а 19,4% отдали свое предпочтение книгам.
3. Почти половина рожениц 44,8% посещали Дни открытых дверей в роддомах, составляя для себя впечатление от посещения учреждения;
4. Но максимальный показатель влияния на будущих мам составило «сарафанное радио». Ему подвергаются 75% женщин во время беременности. Основным источником этой информации служат другие женщины (мамы, подруги, сестры, коллеги и т. д.), которые сами получили негативный опыт родовспоможения.

На основании проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Некоторые немедикаментозные виды обезболивания оцениваются роженицами как более эффективные в сравнении с медикаментозными. Наиболее часто применяются: массаж, применение гимнастики и фитбола,

техники релаксации, душ и погружение в воду, использование свободной позы, ароматерапия, подкожные инъекции физраствора, аппликация теплых пакетов, аудиоаналгезия, дыхательные техники.

2. Существуют негативные факторы, которые способны минимизировать эффективность даже медикаментозного обезболивания. Выявлены факторы, которые позволяют роженицам ощутимо снизить страдания от болевых ощущений. К ним можно отнести: позитивные ожидания от родов, отвлечённое внимание в первом периоде родов, ассоциативное научение в процессе подготовки к родам, медитация, вежливое и профессиональное поведение медицинского персонала, вовлечение роженицы в процесс родовспоможения и равноправное отношение к ней в принятии решений.

3. Поведенное исследование показывает необходимость подробного информирования будущих мам по вопросам применению немедикаментозных методов в родах и дальнейшей работы с беременными женщинами в условиях женских консультаций и перинатальных центров.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология». (Зарегистрирован 12.11.2020 № 60869).

2. Клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)» (утв. Министерством здравоохранения РФ, 2021 г.)

3. Клинические рекомендации (протокол лечения)/Письмо Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2018 г. № 15-4/10/2-6914 О направлении клинических рекомендаций (протокола лечения) «Нейроаксиальные методы обезбоживания родов».

4. Авдулова, Т. П. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам / Авдулова Т. П., Дзигуа М. В., Тихонова Т. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 280 с.

5. Айламазян, Э. К. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 10-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 768 с.
6. Айламазян, Э. К. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с.
7. Дзигуа, М. В. Физиологическое акушерство: учебник / М. В. Дзигуа. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 560 с.: ил. - 560 с.
8. Акушерство: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1056 с.

ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ КАК ЗАЛОГ ЗДОРОВОЙ НАЦИИ

*Глѐз Х.А.
Научный руководитель – Полхова Л.Г.,
Преподаватель Львовского филиала
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Львов*

Здоровье человека невозможно переоценить. Здоровье является важнейшей составляющей жизни не только для человека, но и для общества и государства в целом. Здоровый человек успешно решает основные жизненные задачи, преодолевает трудности, а при необходимости высокие нагрузки.

Здоровье разумно охраняемое и укрепляемое самим человеком обеспечивает долгую и активную жизнь.

Так Всемирной организацией здравоохранения сформулировано следующее понятие: «Здоровье – это не только отсутствие болезни и немощи, а состояние полного физического, психического и социального благополучия».

Так мы видим, что в составляющую общего здоровья входят три критерия. Рассмотрим каждую составляющую здоровья.

Физическое здоровье – это состояние органов и систем органов, жизненных функций организма. Физическое благополучие отражает возможность улучшения работы своего организма с помощью правильного питания и регулярных тренировок [5, С.33].

Основными факторами физического здоровья человека являются:

1. уровень физического развития;
2. уровень физической подготовленности;
3. уровень подготовленности организма к выполнению физических нагрузок;
4. уровень резервов организма;
5. приспособление к воздействию среды обитания (экология);
6. наследственность.

Психическое благополучие связано с возможностью человека сопротивляться психическим расстройствам и способствует улучшению его здоровья и функционирования. Психическое здоровье – состояние психики, характеризующееся общим душевным равновесием.

Основными характеристиками психически здорового человека являются:

1. Успешная приспособляемость к быстро меняющимся условиям жизни;
2. Иметь насыщенную смыслом жизнь, хотя сам человек не всегда ясно определяет этот смысл; постоянное развитие.
3. Понимание собственной ответственности за свою жизнь и усвоение уроков из неблагоприятных ситуаций;
4. Принятие себя таким, какой ты есть, и признание ценности и уникальности окружающих людей;
5. Самоанализ и исследование окружающего мира не только умом, но и чувствами, интуицией [2, С.105].

Состояние здоровья – это сложное собирательное понятие, отражающее по совокупности многих признаков его определенный уровень.

Отдельного внимания заслуживает определение понятия детского здоровья. Здоровье ребенка – это состояние жизнедеятельности, соответствующее его биологическому возрасту, гармонического единства физических и интеллектуальных характеристик, формирования адаптационных компенсаторных реакций в процессе роста и развития, а также наличие комплекса факторов и условий для оптимального последующего развития [3, С.92].

Здоровье можно рассматривать как в отношении отдельно взятого человека, так и семьи в целом. Итак, рассмотрим, какую же семью можно считать здоровой. Единого определения понятия здоровая семья не существует. Можно выделить несколько составляющих здоровой семьи, а затем вывести на основании данных критериев понятие здоровой семьи.

В первую очередь здоровая семья, это семья, где члены семьи любят уважают и поддерживают друг друга, Уважение и взаимопонимание важные факторы, без которых сложно и практически невозможно построить здоровые отношения.

В здоровых отношениях люди духовно-воспитывают сами себя и членов своей семей. В таких семьях царит атмосфера благополучия и психологического спокойствия.

Так же важным критерием здоровой семьи является уклад здорового образа жизни семьи. Физические нагрузки, правильное питание способствуют укреплению состояния здоровья каждого члена семьи.

Быт в здоровых отношениях, не смотря на его тягости, не является источником проблем и конфликтов, здоровые семьи решают проблемы совместно, стараются разнообразить досуг путешествиями, мероприятиями, совместным времяпрепровождением.

Мной было проведено онлайн-анкетирование родителей студентов 1 курсов, с использованием мессенджера Вконтакте.

Цель анкетирования: выявление роль семьи как основного фактора формирования здорового образа жизни детей.

Задачи:

1. Изучить роль семьи в формировании ЗОЖ.
2. Разработать и провести анкетирование для осведомленности о мероприятиях, направленных на формирование здорового образа жизни, основанных на взаимодействии семьи и их детей.
3. Провести анализ полученных данных и сделать вывод.

В анкетировании принимали участие 40 человек, родители, обучающихся 1 курса. Было задано 10 вопросов. Респонденты отвечали на вопросы анонимно, добровольно и самостоятельно. По окончании анкетирования, ответы на вопросы были изучены и проанализированы.

На вопросы «Что вы подразумеваете под здоровым образом жизни?» 62% ответили спорт, правильное питание, прогулки, соблюдение режима дня,

25% – больше отдыха, 13% – отсутствие вредных привычек. «Читаете ли Вы литературу о здоровом образе жизни?» 45% ответили да, 43% – иногда, нет ответили 12%. «Используете ли Вы полученные знания в воспитании вашего ребенка?» 42 % ответили да, 35 % – иногда, 23% – нет. «Считаете ли Вы, что занятия физической культурой благотворно влияют на укрепление здоровья?» Да ответили – 62 %, 33% – частично, нет ответили 5%. «Считаете ли Вы питание в семье рациональным?» Да ответили 67%, отчасти – 25%, нет – 8%. «Ежедневно ли ребенок употребляет овощи, фрукты?» Да – 77%, не употребляет – 0, редко ответили 23%. «Как часто Вы уделяете внимание укреплению здоровья своего ребенка?» Регулярно ответили 62%, от случая к случаю 35%, не уделяю – 3%. «Какие формы и виды физической активности используете Вы лично?» Утренняя зарядка – 12%, закаливающие процедуры (водные, сауна и др.) – 10%, занятия в оздоровительных группах (лечебная физкультура, бассейн и др.) – 38%, пешие прогулки – 40%. «Как часто Вы занимаетесь физкультурой?» Регулярно ответили 37%, от случая к случаю – 55%, не занимаюсь – 8%.

На вопрос «Считаете ли Вы, что ваша семья ведет здоровый образ жизни?» Да ответили 65%, нет – 10%, затрудняюсь ответить 25%.

Вывод: Исходя из ответов родителей, можно судить о том, что в своем большинстве, считают что занятия физической культурой благотворно влияют на укрепление здоровья, применяют различные формы физической активности. Большая часть родителей старается читать литературу о здоровом образе жизни и использовать полученные знания.

Подводя итог вышеизложенного, можно сказать, что основная часть семей стараются поддерживать здоровый образ жизни и приобщить к этому своих детей.

Здоровая семья – это семья, которая ведёт здоровый образ жизни, в которой также присутствует здоровый психологический климат, любовь, духовная культура и благополучие.

Психологи считают, что психологическое здоровье или нездоровье ребёнка неразрывно связано с психологической атмосферой, или климатом семьи.

Для поддержания психологического здоровья ребенка необходимо обеспечить благоприятную психологическую атмосферу внутри семьи.

Родителям необходимо соблюсти как минимум три компонента: сплоченность (положительная эмоциональная связь между членами семьи), адаптация (способность гибко реагировать на стрессы) и коммуникация (выстроить положительное общение между членами семьи). Благодаря наличию в семье данных трех компонентов ребенку будет гораздо легче справляться с внешними факторами нагрузки.

Каждый гражданин – частичка государства, поэтому именно он, воспитанный и образованный, определяет потенциал могущества государства.

Здоровая нация – безусловный признак сильной страны, и лишь благодаря стремлению каждого человека к здоровому образу жизни, а затем и созданию здоровой семьи возможно сберечь главное богатство нашей страны – физически здорового и духовно развитого человека.

Список литературы

1. Андреевский Д.В., Васильева Е.И. Здоровый человек – здоровая страна // Экономика и социум. 2016. №5-1 (24). С. 241-245.
2. Жаксыбеков А. С., Джакипова Л. С., Жунусова К. А. Здоровая семья – залог становления здоровой личности // ЕГИ. 2014. №1 (3). С.104-107.
3. Ишембитова З.Г. Проблемы воспитания детей в семье в условиях глобализации общества // Вестник Башкирск. ун-та. 2020№2. С. 89-93.
4. Цинченко Г.М. Семейная социализация и воспитание // Управленческое консультирование. 2014. №5 (65). С. 202-205.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАПИЛОМАВИРУСОМ

Грачикова А.А.

*Научный руководитель – Коваленко Е.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Для России, как и других стран, папилломавирус является актуальной и проблемой, ежегодно регистрируется около 5млн случаев. Носителями этого вируса являются 83% населения нашей земли, 2% имеют положительный анализ на ВПЧ и только 13% не заражены.

В природе существует большое количество типов ВПЧ, известно на сегодняшний день только 228 типов. При инфицировании клетки ВПЧ бесконтрольно начинают размножаться и появляются папилломы. Они в зависимости от онкогенности могут приводить к различным заболеваниям (Таблица 1).

Таблица 1

Различные типы ВПЧ по онкогенности

Группа	Типы	Заболевания
Неонкогенные	1, 2, 3, 4, 7, 10, 28, 41	Подошвенные, плоские вульгарные бородавки
Онкогенные низкого риска	5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 42, 43, 44	Аногенитальные бородавки, ларингеальный папилломатоз, бородавчатая эпидермодисплазия, гиганская кандилома Бушке-Левенштейна
Онкогенные высокого риска	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68	Бовеноидный папуллёз, Болезнь Боуэна, интроэпителиальная неопла-

		зия шейки матки, плоскоклеточный рак полового члена
--	--	---

Для современного здравоохранения папилломавирус представляет серьёзную проблему, связанную с ростом и высокой летальностью, инвалидизацией, снижением репродуктивности населения. Вирус имеет высокую контагиозность, проявляется в любом возрасте независимо от пола. На сегодняшний день в России наибольшее распространение получил ВПЧ-16 – 64,4%, а также достаточно часто встречаются ВПЧ-18 – 9,4%, ВПЧ-45 – 7,8% и ВПЧ-31 – 3,9% (Рис. 14).

ВПЧ высокого онкогенно риска чаще всего провоцируют предраковые состояния и онкологические заболевания. В общей онкологической заболеваемости папилломавирус занимает 4,5% и является причиной смертности у населения [2].

Существование большого количества типов вируса, которые различаются по онкогенности и тяжести вызываемых заболеваний. Учитывая тот факт, что основной путь передачи папилломавируса половой, он чаще всего является причиной развития рака генитальной области: рака шейки матки – в 95% случаев, рака заднего прохода – в 90% случаев, рака полового члена, а также вульвы или влагалища - в 40% случаев. Кроме того, причиной рака гортани и ротовой полости в 13% случаев является также папилломавирус.

Несмотря на широкое распространение папилломавируса, в настоящее время в России не существует эффективной системы эпидемиологического надзора за ВПЧ, а также нет единой системы регистрации и учёта случаев папилломавирусных заболеваний. Точных данных по общей заболеваемости папилломавирусом нет, так как официально регистрируются не все случаи ВПЧ.

При изучении возрастной структуры заболеваемости папилломавирусом учёными установлено, что ВПЧ наиболее часто встречается у самой мо-

бильной, работоспособной и сексуально-активной групп населения - лиц 20-29 лет и 30-39 лет. Это связано с пиком сексуальной активности и более частыми обращениями к врачу с заболеваниями, передаваемыми половым путём. В молодом и пожилом возрасте папилломавирус диагностируется наиболее редко. У женского пола ВПЧ регистрируют в молодом возрасте чаще чем у мужчин, это связано с тем, что женщины начинают половую жизнь раньше, чем мужчины (Рис. 1).

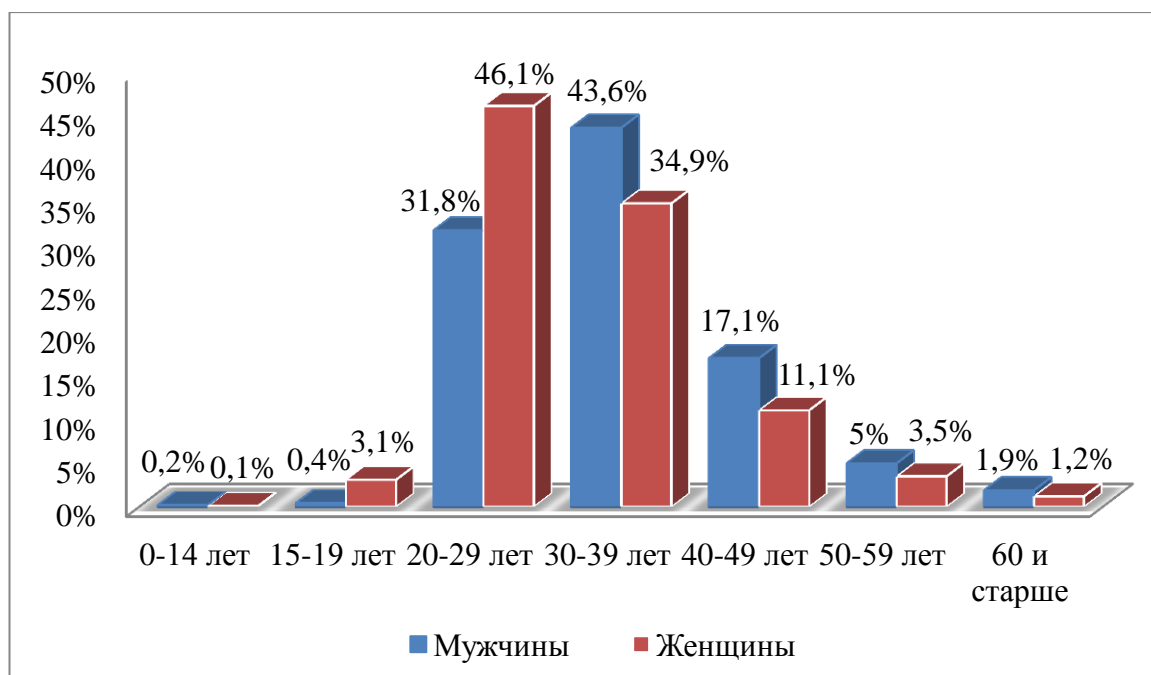


Рис. 1. Возрастно-половая структура пациентов папилломавирусом, %
 Приоритетное значение имеют ВПЧ высокого онкогенного риска, у мужчин и женщин типы ВПЧ варьируются по-разному (Рис. 2).

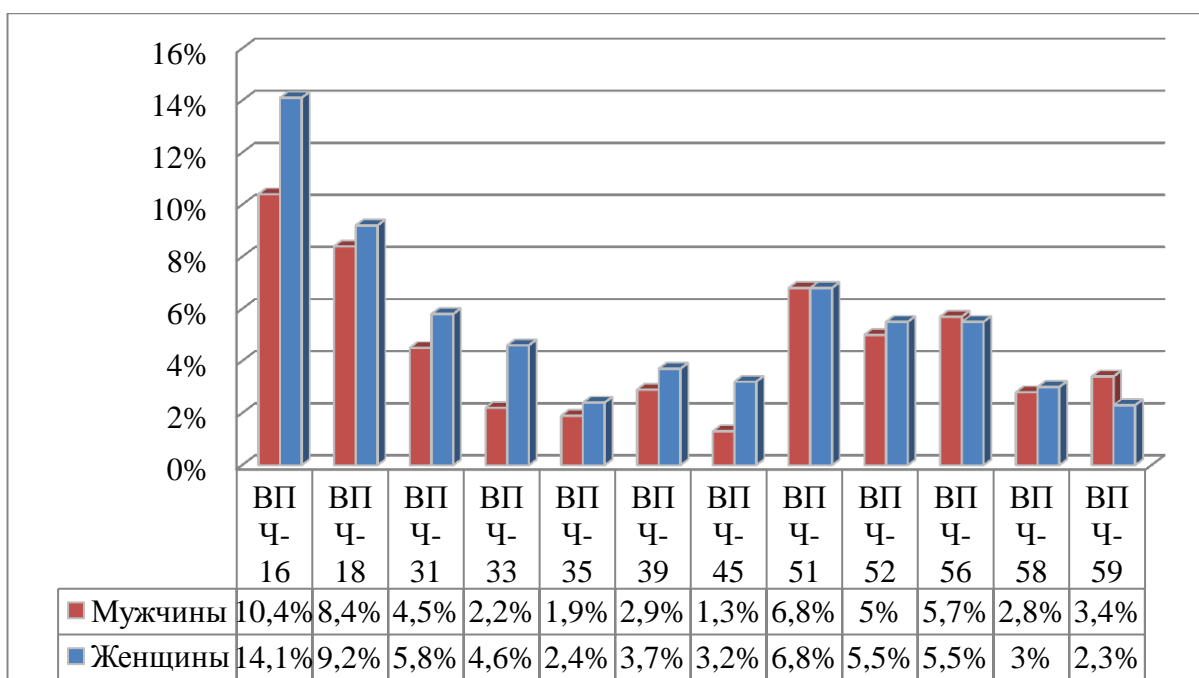


Рис. 2. Распределение типов ВПЧ высокого онкогенного риска по полу, %

Показатели заболеваемости папилломавирусом зависят от ряда факторов, в том числе и от территории проживания населения. По статистическим данным наиболее высокие показатели заболеваемости имеет Дальневосточный Федеральный округ – 24,9 на 100 тыс. населения, далее Сибирский ФО 18,4, Южный ФО 17,9, Центральный ФО 13,1, Северо-Кавказский ФО 12,1 на 100 тыс. населения.

Кроме того, папилломавирус имеет высокое социальное значение. Диагностика, наблюдение и лечение приводит к значительным материальным затратам и для государства, и для пациентов. Рост заболеваемости может сказаться на экономической составляющей, а также в случае летальности или утраты репродуктивной функции на демографической составляющей страны [1].

Список литературы

1. Сундуков, А. В. Взгляд инфекциониста: инфекции, здоровье и жизнь [Текст] / А. В. Сундуков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 112 с.
2. Эпидемиология : учебник / под ред. Н. И. Брико. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 648 с.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Гулевская К.А.

*Научный руководитель - Шенцева И.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Профессиональные болезни - заболевания, причиной которых являются вредные производственные факторы, внесенные в специальный список профессиональных болезней.

Медицинская сестра, это специалист со средним профессиональным образованием (СПО), в области сестринского дела, их работа наиболее сложная и ответственная, так как они находятся в эпицентре огромного количества факторов, которые негативно воздействуют на организм.

Определение, рассмотрение и нейтрализация опасных и вредных факторов, влияющих на здоровье – важный аспект создания благоприятной больничной среды. К вредным факторам относятся: биологический, химический, физический, психоэмоциональный.

Медицинские работники сталкиваются с высоким риском профессиональных заболеваний из-за постоянного контакта с микроорганизмами, лекарственными препаратами и дезинфицирующими средствами.

Также они подвержены стрессу, высокой физической нагрузке и повышенному риску заражения инфекционными агентами. Подверженность различным заболеваниям на рабочем месте может привести к развитию профессиональных заболеваний, таких как остеохондроз, артроз – низкий уровень эргономики на рабочем месте, но чаще всего из – за постоянного стресса в оказание медицинской помощи пациентам, неблагоприятного климата внутри коллектива, эмоционального стресса, возникает синдром «профессионального выгорания».

Профессиональные заболевания медицинских сестер объясняются тем, что они напрямую связаны с разнообразными лечебными, профилактически-

ми и реабилитационными мероприятиями. Именно медсестры чаще всего контактируют с инфекционными больными, подвергая себя риску заражения

Для профилактики профессиональных заболеваний у медицинских работников необходимо принимать комплекс мер, направленных на предупреждение их возникновения.

Одними из основных мер является соблюдение правил личной гигиены и применение средств индивидуальной защиты. Это включает в себя постоянное использование перчаток, масок и других средств защиты при работе с биологическими жидкостями и при контакте с пациентом.

Особое внимание следует уделить профилактике передачи инфекционных заболеваний от пациентов к медицинским работникам. Для этого необходимо соблюдать правила асептики и антисептики, включая правильную обработку инструментов, рук и рабочей поверхности.

Также важно обеспечить медицинским работникам безопасные условия труда. Рабочее место медицинского работника должно быть оборудовано эргономически правильно, чтобы минимизировать нагрузку на позвоночник, суставы и мышцы. Необходимо также обеспечить правильное освещение, вентиляцию и место для отдыха.

Помимо этого, для профилактики профессиональных заболеваний важно организовать психологическую поддержку медицинскому персоналу.

Работа с тяжелобольными (маломобильными) или инкурабельными пациентами может оказывать негативное влияние на психическое состояние, поэтому поддержка психолога может снизить вероятность развития психосоматических расстройств.

Также стресс и высокий уровень нагрузки могут привести к развитию синдрома выгорания. Для предотвращения этого необходимо обращать внимание на свое психоэмоциональное состояние, проводить техники релаксации и отдыха, общаться с коллегами, которые положительно влияют на психоэмоциональный фон, и специалистами в данной области.

Медицинские работники часто сталкиваются с длительным стоянием и поднятием тяжестей. Для предотвращения развития проблем с опорно-двигательным аппаратом необходимо выполнять специальные упражнения для укрепления мышц, а также соблюдать правила по технике безопасности при поднятии и переноске больных.

Здоровье медицинских работников также зависит от регулярного медицинского осмотра и обязательного прививочного контроля. Медицинские работники должны регулярно проходить профилактические медицинские обследования, чтобы выявить возможные профессиональные заболевания на ранней стадии и принять меры по их лечению и профилактике

Таким образом, профилактика профессиональных заболеваний у медицинских сестер требует комплексного подхода и внимания к различным аспектам работы на рабочем месте. Соблюдение правил безопасности, гигиены, регулярные медицинские осмотры и психологическая поддержка помогут сохранить здоровье, предотвратить развитие профессиональных заболеваний и повысить профессиональную эффективность медицинского персонала

Список литературы

1. <https://rokgvv.ru/novosti/profilaktika-professionalnyh-zabolevanij-sredimedrabotnikov>
2. <http://roslmed.ru/news/81403/>
3. Учебное пособие «Профессиональные болезни» Н.А. Мухин, В.В. Косарев, С.А. Бабанов, В.В. Фомин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
4. Профессиональные заболевания медицинских работников: Монография / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. – 4-е изд. перераб. и доп. – Самара: ООО «Офорт», 2014. – 201 с.: ил. ISBN

ОСНОВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С НАСЕЛЕНИЕМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гуптор К.А.

*Научный руководитель - Кирилова И.А., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Острые респираторные заболевания имеют массовый характер распространения, поэтому их изучение очень важно для здоровья населения. Они сопровождаются поражением дыхательной системы, вызванные различными возбудителями. Среди возбудителей острых респираторных заболеваний могут быть вирусы, а также бактериальные инфекции. Лечение заболеваний, в зависимости от выявления этиологии, проводится антибактериальными и противовирусными препаратами. Инфекционный процесс при острых респираторных заболеваниях, локализуется преимущественно в слизистой оболочке верхних дыхательных путей, но может распространяться и в нижние отделы дыхательной системы [1].

В настоящее время острыми респираторными заболеваниями часто болеют дети, но взрослое население не является исключением, особенно в переходные сезоны погодных условий. Преимущественно острые респираторные заболевания переносятся легко, но могут вызвать серьезные осложнения. Обычно это происходит, когда пациенты несвоевременно обращаются за медицинской помощью. Особенно опасны данные заболевания для людей с хроническими заболеваниями дыхательной системы, сердечно - сосудистой системы, беременные женщины и женщины находящиеся в периоде лактации, дети раннего возраста.

Соответственно, доверительное взаимодействие пациентов с медицинским персоналом, является залогом не только скорейшего выздоровления, но и профилактической основой для снижения рисков осложнений. Современное развитие новейших методов диагностики и фармакологии, увеличивают возможности лечения острых респираторных заболеваний.

Профилактические мероприятия по снижению риска заболеваемости острыми респираторными заболеваниями, проводятся участковым врачом и медицинской сестрой. Медицинский персонал активно участвует в массовой диспансеризации населения. Данные мероприятия включают не только медицинские осмотры, но и проводятся беседы о соблюдении здорового образа жизни, акцентируется внимание о важности средств индивидуальной защиты. Особая роль в данных мероприятиях отводится медицинской сестре, которая информирует пациентов о необходимости избежания массового скопления людей в период высокой активности заболеваний, а также соблюдение личной гигиены (поддержание санитарно - гигиенического состояния помещения, проветривание помещения). Медицинская сестра доводит до сведения пациентов основные меры профилактики заболеваний, и принятие необходимых мер в случае заражения.

Довольно серьезным препятствием в проведении профилактических мероприятий, заключаются в психологическом «барьере» между населением и медицинским персоналом. Встречаются люди, которые испытывают панический страх перед посещением лечебно - профилактических учреждений и не могут построить доверительные отношения с врачом. Это довольно серьезная проблема медицинской психологии, которая требует от медицинского персонала большого терпения и личного подхода к пациенту.

Особенно опасны проблемы межличностного взаимодействия между пациентом и врачом, когда заболевают дети, и родители начинают заниматься собственным лечением ребенка. Некомпетентные родители, которые обычно легкомысленно настроены по отношению к действиям врача, и не выполняющие врачебные рекомендации, могут нанести непоправимый вред собственному ребенку [2]. В настоящее время люди должны понимать, что они несут высокую ответственность за собственное здоровье. Никогда нельзя беспечно относиться к риску заболеваемости острыми респираторными заболеваниями, так - как они могут нанести серьезный вред организму. Заболевший человек может заразить окружающих его людей, для которых болезнь

может иметь разнообразные последствия, вплоть до крайних тяжелых состояний. Современные лечебно - профилактические учреждения имеют богатую научно - методологическую базу, которая позволяет оказывать любую медицинскую помощь на высоком уровне. Успешное взаимодействие населения с медицинским персоналом, залог благополучного противодействия заболеваемости острыми респираторными заболеваниями.

Список литературы

1. Каплунов, К.О. Оптимизация отношений врача и родственников ребенка-пациента в клинике детских инфекций [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.05 / К.О. Каплунов. – Волгоград, 2014. – 24 с.
2. Орлова, Н.В. Острые респираторные заболевания: особенности течения, медикаментозная терапия [Текст] / Н.В. Орлова, Т.Г. Суранова // Медицинский совет. – 2018. – № 15. – С. 82–88. – ISSN 2658-5790

СТАТИСТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИАРЕИ У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

*Дегтярёва Д.П.
Научный руководитель – Коваленко Е.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

С самого начала существования человечества древние люди страдали диареей. Это было связано с тем, что вода была недостаточно чистой, продукты не подвергались обработке, и пища долго не хранилась. С развитием цивилизации человечество улучшало санитарные условия и решало проблемы грязных источников вод [1].

На сегодняшний день диарея является актуальной проблемой населения во всём мире. Ежегодно в мире диареей страдают 1,7 млрд людей. Этот показатель снизился по сравнению с 2000 годом. Она является причиной 25% всех госпитализаций.

Чаще всего диареей страдают дети до 5 лет - 68%, в основном болеют дети до 1 года. С возрастом эти показатели уменьшаются. С 5 до 18 лет диарея случается у 17% детей, у взрослых расстройства с 18 до 65 лет реже - 6%, правда у лиц пенсионного возраста она встречается в 9%. Диарея в пожилом возрасте чаще всего вызывается не отравлениями и кишечными инфекциями, а нарушением ферментативной активности.

В нередких случаях диарея может быть причиной смертности людей в мире. В 2022 году она заняла 5 место по смертности людей во всём мире. Среди других причин – респираторные заболевания, ИБС, инсульт, рак органов дыхания.

Диарея возникает в большинстве случаев в результате потребления загрязнённых пищевых продуктов и воды. Во всём мире около 780 млн. человек не имеет доступа к хорошей воде и 2,5 млрд человек не имеет доступа к основным средствам санитарии. Такое население преобладает в развивающихся странах. Там чаще всего диарея вызывается кишечными инфекциями.

По статистике ВОЗ диарея является второй по частоте причиной смерти детей. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в развивающихся странах на одного ребёнка приходится более 3х случаев острой диареи в год. Каждый раз дети лишаются питания, необходимого для их развития. В результате диарея становится одной из основных причин недостаточности питания. За 2022 летальность от диареи всех детей до 5 лет составляет 1,8 млн человек.

В России в 2022 было зарегистрировано 816 тысяч случаев заболеваний с диарейным синдромом, из них 305 случаев привели к смерти.

Наиболее распространёнными причинами диареи являются инфекции, вызванные бактериями и вирусами. Чаще всего возникновение диареи вызывают ротавирус и *Escherichia coli*.

Процесс усугубляется тем, что бактериальные и вирусные инфекции могут передаваться контактно бытовым путём и возникать у больного повторно в детских организованных коллективах (детский сад, школа) и бытовых очагах. На эпидемиологический процесс влияют множество факторов, которые требуют внимания [2].

1. Высокая плотность и социальная активность населения.
2. Интенсивная миграция населения.
3. Развитая сеть торговли, связанная с завозом продуктов из других стран и трудом мигрантом с недостаточной гигиенической подготовкой
4. Изношенность трубопровода и канализационных труб.
5. Неконтролируемое применение антибиотиков и дезинфицирующих средств.

Список литературы

1. Сундуков, А. В. Взгляд инфекциониста: инфекции, здоровье и жизнь [Текст] / А. В. Сундуков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 112 с.
2. Элланский, Ю.Г. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Ю.Г. Элланский и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 624 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕМАТИЧЕСКИХ МИНУТОК ЗДОРОВЬЯ НА УРОКАХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

*Делова М.А.
Научный руководитель - Звягина Т.В.,
преподаватель Щигровского филиала
ОБПОУ "Курский базовый медицинский колледж", г. Щигры*

Использование тематических минуток здоровья на уроках иностранного языка актуальны и необходимы, так как являются желательным этапом занятия среди студентов медицинского колледжа. Мы привели подборку физкультминуток, которые наиболее интересны студентам. Они дают возможность размяться, подвигаться, отдохнуть, сменив один вид деятельности на другой. Кроме того, проговаривая определенный текст на иностранном языке, обучающиеся повторяют и закрепляют изученный материал, активизируют интерес к иностранному языку. Возьмем, например, физкультминутку на английском языке. Мы проговариваем слова и выполняем действия, о которых упоминается в этой стихотворной физкультурной минутке: прыгаем, бегаем, наклоняемся, касаемся колен, киваем головой и выполняем движения, имитирующие определенные действия. An action rhyme Hop a little, jump a little, One, two, three. Run a little, skip a little, Tap one knee. Bend a little, stretch a little, Nod your head. Sleep a little, sleep a little In your bed. Эта физкультурная минутка на английском языке помогает не только размяться, но и закрепить навыки и лексику по данной теме[4].

Обратимся к физкультминуткам на немецком языке. Hände hoch und jetzt nach unten, Wir sind gesund und auch munter! Turne, springe jeden Tag, Wirst du lustig, brav und stark! Einatmen! Ausatmen! 1,2,3,4 — alle, alle turnen wir. Alle, alle turnen wir und bekommen „5“ und „4“. 1,2,3,4 — in das College gehen wir. In das College gehen wir und bekommen „5“ und „4“. 1,2,3,4 — in die Gruppe lernen wir. In die Gruppe lernen wir und bekommen „5“ und „4“. Mit den Händen klapp, klapp, klapp, Mit den Füßen trapp, trapp, trapp. Einmal hin,

einmal her, Rundherum, das ist nicht schwer! Mit dem Köpfchen nick, nick, nick.
246 Mit den Fingern tick, tick, tick. Einmal hin, einmal her, Rundherum, das ist nicht schwer! Die Arme, die Hände, die Füße und Bein'. Wir müssen sie üben, um kräftig zu sein.

Данная разминка отражает темы и грамматику, изучаемые на первом курсе: Мой рабочий день. Части тела. Имя существительное. Имя числительное. Имя прилагательное. Преподаватель называет известные глаголы (springen, laufen, Klavier spielen, schwimmen и другие), а студенты изображают их, то есть соответственно прыгают, бегут, играют на пианино, плавают. Если обучающийся ошибся и неправильно изобразил слово, то он выбывает из физкультминутки. Игра продолжается до тех пор, пока не останется один студент — он и является победителем. Обучающимся предлагается разделиться по парам и изобразить какой-либо предмет или животное (у каждой группы своё задание).

Игра „Was hast du gesehen?“ Студенты ходят под музыку, затем преподаватель выключает музыку и дает команду остановиться и закрыть глаза. Затем, он задает вопросы, например: «Сколько столов в кабинете?» «У скольких студентов есть очки?» и т. п. Обучающиеся отвечают на вопрос, затем открывают глаза и все вместе считают, и проверяют, кто дал правильный ответ. Нами были проведены разговорно-практические задания по иностранным языкам (английском, немецком) теперь попробуем сделать этому теоретическое обоснование[1].

Основным признаком здоровья является высокая приспособляемость организма к изменяющимся условиям внешней среды. Здоровый образ жизни, являясь важнейшим составным элементом культуры, содействует формированию здоровья будущего специалиста. Здоровье, если оно дано нам изначально, нужно еще уметь сохранить. А достичь этого можно только путем ведения здорового образа жизни. Студенты большую половину дня сидят за партами, поэтому минутки здоровья на занятиях иностранного языка играют позитивную роль. Здоровый образ жизни вообще и физкультминутки в част-

ности - это комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающий гармоничное развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности студентов. Самоконтроль студента имеет не только воспитательное значение, но и приучает более сознательно относиться к занятиям, соблюдать правила личной и коллективной гигиены, разумного распорядка дня, режима учебы, труда, быта и отдыха. На основе получаемых результатов самоконтроля можно оценивать реакцию организма на физическую нагрузку[2].

Студенту необходимо развивать и совершенствовать свою память, в том числе через стихи, песни, скороговорки на иностранном языке. Внимание студентов должно быть интенсивным, устойчивым и сосредоточенным. Уже сами по себе регулярные физкультминутки на занятиях иностранного языка положительно сказываются на нервно - психическом состоянии студентов. Роль активного отдыха способствует восстановлению двигательной функции, сердечно - сосудистой и других систем. Также благодаря активному отдыху возрастают творческая активность и трудовое долголетие.

Такое умение воспитывается только в результате длительных и кропотливых усилий, как самого студента, так и преподавателя, направленных на совершенствование психологической подготовленности. Все эти факторы и определяют здорово-развивающий образ жизни студента. Бережное отношение к здоровью необходимо активно воспитывать в студенческие годы. Однако нередко молодые люди беззаботно нарушают элементарные правила гигиены быта, режим питания, сна и др. [3].

В результате проведенного нами исследования, мы выяснили, что 27% студентов, проживающих на съёмной квартире, уходят на занятия без завтрака. В этом случае учебные занятия проходят при снижении работоспособности на 21%.

38% студентов принимает горячую пищу два раза в день. В то же время институт питания рекомендует студентам 4-разовое питание в день, имея в виду организацию второго завтрака после 11 часов. Отход ко сну у 87% студентов, проживающих на съёмных квартирах, затягивается до двух часов но-

чи. Вследствие этого они не высыпаются, что сказывается на снижении умственной работоспособности в течение учебного дня по сравнению с тем, когда сон организован нормально. До 60% студентов начинает самоподготовку после полуночи. Ее продолжительность составляет в среднем два - три часа. Учебный труд в столь позднее время требует повышенных затрат нервной энергии, отражается на качестве сна. Молодые специалисты должны хорошо знать основные положения личной и общественной гигиены и уметь применять их в быту, учебе, в условиях профессиональной деятельности.

Также для сохранения здорового образа жизни не последнее место занимает изучение иностранных языков, которые способствуют развитию памяти и мыслительной деятельности. Владение иностранными языками – крайне важное умение, и с этим трудно поспорить. Знание языков помогает укреплять дружбу и взаимопонимание между студентами разных стран через Интернет. Общее количество языков и диалектов в мире приближается к пяти тысячам. В век информационных технологий стираются границы между странами, свободное владение иностранными языками позволяет более широко использовать открывающиеся возможности. В нашем колледже студенты изучают английский и немецкий языки. Это необходимо для расширения своих профессиональных знаний. На занятиях иностранного языка мы изучаем строение человека, функции органов и их работу, а также различные заболевания в области терапии, педиатрии, хирургии и в других медицинских направлениях. Именно поэтому изучение иностранных языков является неотъемлемой частью здорового образа жизни. В настоящее время для знания иностранных языков существует возможность изучения различной медицинской литературы, сайтов, статей, исследовательских работ на иностранных языках.

Здоровый образ жизни и его составляющие неуклонно входят в нашу реальность. В интернете ведутся споры на тему лучших диет на иностранных языках (английском, немецком) и комплексов физических упражнений, по телевидению рассказывают про множество основ здорового образа жизни, в

магазинах на полках все больше экологических продуктов. Современный человек просто не может выйти из реальности, которая учит тому, что такое ЗОЖ, ведь все мы уникальны, и беречь эту уникальность, сохранять ее в максимально близком к идеальному состоянию — это отличная цель жизни. Правила здорового образа жизни не так сложны, как кажется, на первый взгляд и иногда достаточно всего лишь начать, чтобы осознать, насколько это необходимо. На оздоровительных минутках на занятиях английского и немецкого языков у обучающихся есть хорошая возможность не только выполнить несложные физические упражнения, но и проговорить их свободно на изучаемом языке с использованием профессиональной лексики.

Самое главное: как большая дорога начинается с первого шага, так и следование принципам здорового образа жизни начинается с нашего сознательного выбора, который каждому из нас предстоит делать ежедневно между поведением, укрепляющим или разрушающим наше здоровье.

Список литературы

1. Абрамова, И.А. Игры на уроках иностранного языка /И.А. Абрамова - Иностранные языки в школе, 2004. № 1- Текст: непосредственный.
2. Базарный, В.Ф. Нервно-психическое утомление учащихся в традиционной школьной среде/В.Ф.Базарный - Сергиев Посад, 2015 - Текст: непосредственный.
3. Бродкина, Г.В. Здоровьесберегающие технологии в образовании/ Г.В.Бродкина - АПКРО, 2012 - Текст: непосредственный.
4. Карпова, А.К. Физкультминутки для начальной школы/ А.К.Карпова - Ярославль, 2016 - Текст: непосредственный.

АНГЕЛЫ – СПАСИТЕЛИ В ПОГОНАХ: ПОДВИГ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Дементенко А.А.

*Научный руководитель - Тоневицкий А.П., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Лечение больных и уход за убогими – самый древнейший вид деятельности, относящийся к появлению первобытного человека, основанный на сострадании и милосердии. Археологи, изучая останки первобытных людей (неандертальца, кроманьольца), обнаружили на них следы заживших травм. Люди с такими переломами могли выжить благодаря вовремя оказанной медицинской помощи. Мы не знаем, кто осуществлял уход за больными и ранеными в родах и племенах. Но мы знаем, что в эпоху неолита уход мог стать родом профессиональной деятельности, так как уже существовала «формирующаяся медицина» и занимались ею самые духовно развитые и обученные члены племени.

Без сформированной системы духовных ценностей человек не сможет работать в медицине, так как медицинский работник – это не только профессия, но и призвание. Этической основой профессиональной деятельности медицинского работника являются гуманность и милосердие, являющиеся важными особенностями проявления русского самосознания и, имеющими давние традиции [2, 13].

Актуальность изучения истории движения «сестёр милосердия» возрастает в связи с возрождением интереса к национальному и духовному наследию России в контексте активного формирования в обществе национальной идеи: внимание к природе, традициям, истории и культуре малой Родины, нравственно-этическим аспектам русского менталитета.

В Средние века, профессия врача вызывала всеобщее восхищение и уважение. Только в новое время появились сестры милосердия, их так называли за их желание помочь раненому воину без какого-либо вознаграждения.

дения. Само название «сестра милосердия» в русском языке звучит как уникальная ценность традиционной культуры и мотивирует к осознанному нравственному поведению, что представляет собой особую актуальность в контексте профессионального становления будущих медицинских работников, специалистов сестринского дела.

Объектом исследования является история развития русского движения «сестер милосердия».

Предметом исследования является нравственная компонента воспитательного потенциала истории развития русского движения «сестер милосердия» в процессе формирования общекультурных и профессиональных компетенций будущих медицинских сестер.

Цель исследования: изучить исторические предпосылки возникновения русского движения «сестер милосердия»; рассмотреть деятельность общин сестер милосердия на примере служения Елизаветы Федоровны Романовой, выявить значение милосердия в процессе профессиональной подготовки студентов, формировании профессионально-значимых качеств.

Для достижения поставленной цели нами решались следующие задачи исследования:

1. Изучить истоки милосердия в медицине на примере истории возникновения русского движения «сестер милосердия»;
2. Выявить основные этапы русского движения «сестер милосердия»;
3. Рассмотреть роль сестринского движения в развитии отечественной медицины в мирное и военное время;
4. Познакомится с жизненным путём и нравственным выбором Елизаветы Фёдоровны Романовой.

Важную роль в понимании социальной значимости своей будущей профессии для студентов специальности 34.02.01 Сестринское дело имеет музей медицины и истории сестринского движения, созданный в ОГАПОУ «СМК» в 1993 году в условиях реализации международного проекта «Новые

сестры для новой России». Сегодня экспозиции музея представлены 4 тематическими направлениями:

1. Основные вехи истории медицины;
2. Сестры милосердия;
3. История здравоохранения Старооскольского края;
4. Старооскольский медицинский колледж: становление и развитие.

История развития сестринского дела - важная составная часть мировой истории медицины. Большой вклад в отечественную медицину внесли российские сестры милосердия М. Тучкова (Нарышкина), С.С. Щербатова, Е.К. Воронцова, Е.М. Бакулина, Е.А. Хитрово, Е.Е. Карцева, Ю.П. Вронская, великая княгиня Елизавета Фёдоровна и др.

Медицина - одна из уникальных человеческих профессий, смысл и назначение которой максимально с христианскими ценностями милосердия, человеколюбия и спасения жизни [1, 45].

История медицины уходит своими корнями в глубокую древность. Но такой профессии, как медсестра, долгое время не было. Функции данного специалиста выполняли ученики врачей, которые в результате сами становились лекарями, фельдшерами (военными врачами). Первые же медицинские сестры появились в 11 веке. Они объединялись в общины во многих странах Западной Европы. Называли их сестрами милосердия. Изначально помощь в уходе за больными представительницы данной профессии оказывали исключительно женщинам. Но в военные времена деятельность распространялась и на раненых военных. Не случайно первая модель проявления милосердия и человеколюбия была реализована в христианских монастырях.

Изучая отношение молодёжи к милосердию как нравственному принципу, мы провели диагностику сформированности морально-этических качеств будущих специалистов. В анкетировании участвовали студенты специальности 34.02.01 Сестринское дело ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж».

В ходе исследования нами были получены следующие результаты оценки уровня сформированности представлений о социальной значимости милосердия как профессионального качества медицинской сестры: 62% - высокий уровень; 29% - низкий уровень; 9% - низкий уровень.

На вопрос: «Формируют ли полученная в музее информация эмоциональную притягательность будущей профессии?» были получены следующие результаты. 44% - Считают, что музей истории медицины и сестринского движения формирует идеалы, дает возможность увидеть перспективу личностного роста; 11,5% - Затрудняются ответить; 39% - Помогает понять социальную значимость медсестринской деятельности; 5,5% - Способствует строительству собственной программы профессионального становления.

В настоящее время наиболее важным фронтом работы для медиков является оказание медицинской помощи военнослужащим и мирному населению в зоне СВО. По данным Минобороны РФ, в условиях боевых действий свой нелёгкий труд выполняют мобильные медицинские подразделения. Полевые хирурги нередко оказываются под обстрелом ВСУ, тем не менее проводят уникальные операции, спасая жизни бойцам и гражданскому населению.

Первая женщина-герой СВО белгородка Екатерина Иванова - выпускница БелГУ — фельдшер, получила медаль за отвагу, когда спасала других раненых. Снаряд попал в машину, в которой ехала медик. Ей чудом удалось спастись. Несмотря на это, она вылезла из автомобиля и продолжила помогать военнослужащим. Несмотря на полученные раны, она продолжила спасать солдат. 11 марта 2022 Екатерину Иванову наградили за отвагу, медаль ей вручил министр обороны Сергей Шойгу.

В истории российской медицины много ярких страниц самоотверженного служения своему делу сестер милосердия. Особенно значимо профессионально-этическое наследие Елизаветы Фёдоровны Романовой. Ежедневный титанический труд сестер милосердия по выхаживанию многочисленных пациентов, мужество и героизм по спасению раненых на полях сражений и по-

страдавших в масштабных катастрофах замечены и заслуживают всенародного внимания и уважения. «Сестра, сестренка, сестричка, - и на поле боя, и в мирное время шепчут больные и раненые, ожидая помощи и ласкового слова [3, 2]. Невозможно представить полноценную работу госпиталя, поликлиники, больницы без медицинских сестер. Они не только следят за состоянием пациентов, выполняют распоряжения и назначения врачей, координируют прием, но и оказывают больным порой просто незаменимую поддержку и психологическую помощь. Они – больше, чем персонал лечебного учреждения, так как находятся в трудную минуту и, бывает, становятся почти родными.

Список литературы

1. Бейер, П. Теория и практика сестринского дела в контексте здоровья взрослого человека / П. Бейер, Ю. Майерс. - М., 2019. – 398с.
2. Двойников, С.И. Теория сестринского дела / С.И. Двойников, Л.А. Карасёва, Л.А. Пономарёва. – М., 2019. - 48с.
3. История развития сестринского дела в России и за рубежом (методическое пособие для медицинских сестер и студентов факультета высшего сестринского образования). - Воронеж, 2019. – 16с.
4. Козловцева, Е. Н. Московские общины сестёр милосердия в XIX – начале XX века. - М.: Академия, 2020. – 238с.
5. Кучмаева И. К. Когда жизнь истинствует... Культура благотворения Великой княгини Елисаветы Феодоровны. - М.: Наука, 2008. – 673с.
6. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела / С.А.Мухина, И.И.Тарновская. – М., - 2020. – 396с.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Диденко А.Р.

*Научный руководитель - Гончарова Ю.С., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Физическая активность является одним из ключевых аспектов здорового образа жизни. Она делает человека не только физически более привлекательным, но и существенно улучшает его здоровье, позитивно влияет на продолжительность жизни, в первую очередь активной ее части. Риск развития у него опасных для жизни заболеваний сосудов сердца и мозга, сахарного диабета, рака является достоверно более низким.

По данным медиков регулярная физическая активность обеспечивает:
снижение риска:

- внезапной смерти, в первую очередь ранней, острых сосудистых заболеваний сердца и мозга,
- артериальной гипертензии (при ее наличии – обеспечивает более качественный контроль артериального давления),
- сахарного диабета 2 типа (при его наличии – обеспечивает более качественный контроль за его течением и развитием осложнений),
- рака толстой кишки,
- психических нарушений (тревожно-депрессивных состояний).

улучшение:

- контроля массы тела,
- прочности костной ткани (профилактика остеопороза),
- качества жизни.

Кроме того, физические упражнения повышают устойчивость организма по отношению к действию целого ряда различных неблагоприятных факторов. В специальных исследованиях, проведенных на человеке, показано, что физические упражнения повышают иммунобиологические свойства крови и кожи, а также устойчивость к некоторым инфекционным заболеваниям.

При мышечной деятельности возникает влияние работающих мышц на внутренние органы. Это обеспечивает оптимальный уровень метаболизма (обмен веществ в организме), повышается активности ферментных систем, происходит более экономичное использование кислорода.

Какова же оптимальная физическая активность?

Медики полагают, что для поддержания хорошей физической формы достаточно 20-30 минут активных физических упражнений, улучшающих поступление кислорода в организм, не менее трех раз в неделю и укрепляющие мышцы упражнения не менее 2 раз в неделю. Если это, по каким-либо причинам невозможно, то для поддержания здоровья ежедневно достаточно 30 минут умеренной или выраженной физической активности (не обязательно непрерывной) не менее 5 дней в неделю. В тех случаях, когда пациент имел в виду разных причин низкую двигательную активность, она должна повышаться постепенно. Перед ее началом желательна консультация врача. Наиболее удобно начинать с ходьбы или плавания в комфортных условиях (в удовольствие, а не «через силу»). По мере адаптации к таким нагрузкам и укрепления мышц, возможно дозированное повышение физической активности.

Что такое умеренная или выраженная физическая активность?

Умеренная и выраженная физическая активность включает в себя любой вид мышечной деятельности, выполняемой человеком в течение дня, недели, месяца, года. Не важно, это специальные физические упражнения, или работа по дому или на приусадебном участке, просто ходьба. Физическая активность может быть достаточно кратковременной, но очень важно, чтобы в течение дня ее продолжительность была не менее 30 минут. Для большинства людей 30 и даже более минут физической активности в день не являются проблемой. Но есть категория людей, которые в силу специфики своей работы и/или жизненных привычек ведут малоподвижный образ жизни.

Как же можно обеспечить так необходимый здоровью минимум физической активности:

– после каждого часа работы делайте 3-5 минутные перерывы, во время которых вставайте со своего рабочего места и пройдите по комнате (коридору),

– по возможности, не пользуйтесь лифтом или эскалатором,

– припарковывайте машину за 1-2 квартала до нужного Вам места и пешком добирайтесь до него,

– вечерами и в выходные дни играйте с ребенком (детьми) в активные игры, если у Вас есть приусадебный участок, загородный дом – не избегайте работы по дому, в саду,

– во время выходных отдавайте предпочтение активному отдыху,

– если Вы руководитель организации (предприятия) – создайте для себя и сотрудников помещение для занятий физическими упражнениями (например, настольным теннисом, зал с «бегущей дорожкой», велотренажерами) – вложения в здоровья всегда окупаются!

10 полезных советов тем, кто хочет улучшить свою физическую форму

Если Вы находитесь в самом начале пути по укреплению своего здоровья, начинайте физические упражнения в медленном темпе, только адаптировавшись к таким нагрузкам, постепенно и ступенчато (уровень за уровнем) повышайте их интенсивность. Такой подход обеспечит наибольшую пользу при минимальном риске. Главное на начальном этапе сильно не переутомляться, и полностью восстанавливаться, прежде чем начинать очередную тренировку. Дело в том, что во время серьезной нагрузки в тех клетках, на которые выпадает основная работа, происходят разрушительные процессы. На субъективном уровне человек ощущает утомление. После окончания физического воздействия в утомленных клетках начинаются процессы восстановления. Однако природа распорядилась так, что функции организма восстанавливаются на большую величину, чем разрушились. Происходит так называемое сверхвосстановление. Таким образом, если каждую последующую тренировку проводить в момент наивысшего подъема сил, то результаты будут расти.

2. В выборе вида физической активности ориентируйтесь на свои привычки (подвижные игры, ходьба, езда на велосипеде и т.д.) а в выборе времени – на особенности своего распорядка дня и особенности своего биоритма («жаворонок» или «сова»). В первом случае, занятия физическими упражнениями предпочтительны до начала трудового дня, во втором – после его окончания. В таком случае физическая активность будет для Вас в удовольствие, а значит и более полезной.

3. Занимайтесь физическими упражнениями регулярно, а для этого выделите для него время в своем распорядке дня.

4. Во время выполнения физических упражнений не отвлекайтесь на посторонние действия (чаще всего разговоры) – это уменьшит вероятность травматизма

5. Если во время выполнения физических упражнений Вы почувствовали слабость, головокружение или Вам стало трудно дышать – нагрузка чрезмерна, ее интенсивность необходимо снизить или вовсе прекратить занятия; о чрезмерности упражнений свидетельствует также продолжительность восстановительного периода более 10 минут

6. Выполняйте физические упражнения в удобной обуви и не стесняющей Ваши движения одежде.

7. Периодически меняйте виды физических упражнений (бег, велосипед, теннис и т.п.), тем самым Вы устраните элемент монотонности в занятиях, уменьшая вероятность прекращения занятий («они мне надоели, каждый день одно и то же»)

8. Поощряйте физическую активность своих близких, особенно детей с раннего возраста.

9. Пусть физические упражнения станут привычкой, что поможет Вашим детям поддерживать здоровье в течение всей их жизни.

10. Стимулируйте и подбадривайте себя: ставьте перед собой маленькие и большие цели, а достигнув их, отмечайте их как праздничные события.

Помните, физическая активность является важным и действенным инструментом в сохранении и улучшении Вашего здоровья, а потому она должна стать неотъемлемым атрибутом Вашей жизни!

Список литературы

1. Антонова А.А., Яманова Г.А. Здоровый образ жизни и здоровье современных студентов // Международный научно – исследовательский журнал. 2022. № 7- 2 (121). С.7 – 9.
2. Научная электронная библиотека ЛиберЛенинка.
3. Желязков М.Д., Чашкова О.Ю. Здоровый образ жизни и физическое воспитание студентов // Ростовский научный вестник. 2022. № 5. С. 90-91.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НИКОТИНОСОДЕРАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ НА ЗУБОЧЕЛЮСТНУЮ СИСТЕМУ

Дмитроченко К.А.

*Научный руководитель - Сухомлин Л.Г., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность исследования. На сегодняшний день красивая, белоснежная улыбка встречается не так часто, как бы это могло быть. Как утверждают стоматологи, для идеальной улыбки необходима регулярная гигиена полости рта, бережное отношение к своим зубам, использование правильно подобранной зубной щетки и зубной пасты и, конечно же, периодическое посещение своего лечащего врача-стоматолога. Но, помимо этого, важным является полный отказ от курения или хотя бы сокращение выкуриваемых в день сигарет. По статистике из-за регулярного курения, каждые 10 лет человек теряет по 2 зуба, но это не единственная проблема, ведь намного чаще на прием приходят пациенты с жалобами на пожелтевшую эмаль и неприятный запах изо рта. Для решения данной проблемы существует ряд способов отказа от курения или снижения количества выкуриваемых в день сигарет.

Научная новизна. В ходе исследования нами разработан ряд самых действенных способов отказа от курения.

Цель исследования. Выявить самые действенные способы отказа от курения.

Задачи:

1. выяснить как никотин влияет на зубы и полость рта человека;
2. выяснить влияние табачного дыма на зубы и ткани полости рта;
3. выявить возможные последствия от регулярного употребления табака, содержащего никотин;
4. систематизировать самые действенные способы отказа от курения.

Одно из основных и заметных последствий употребления никотина – сильное пожелтение зубов. Никотин является пигментом, который обладает способностью наносить постоянный вред зубной эмали, проникая в ее внутренние слои. В результате, зубы, ранее белоснежные и здоровые, становятся с желтизной оттенком, что серьезно влияет на внешний вид человека. Кроме этого, употребление никотина негативно сказывается и на деснах. Постепенно, никотин ухудшает кровообращение в десенной ткани, что приводит к ее воспалению и кровоточивости. Пользователи никотина также становятся более подвержены различным инфекциям полости рта, так как ослабленная десенная ткань не способна защитить организм от бактерий и вирусов. Более серьезным влиянием никотина на полость рта является его прямое воздействие на слизистую оболочку. Никотин содержит множество вредных химических веществ, которые вызывают раздражение и пересушивание слизистой оболочки, что приводит к появлению язв, сухости и ощущения дискомфорта при приеме пищи. Кроме этих физических последствий, никотин также оказывает влияние на вкусовые рецепторы в полости рта. После длительного употребления никотина, многие люди страдают от нарушения вкусовых ощущений, что приводит к потере интереса к разнообразной пище и даже развитию некоторых пищевых расстройств.

Табачный дым способствует образованию зубного налета и кариеса. В нем содержатся тяжелые металлы, такие как свинец и кадмий, которые наносят вред зубам и приводят к разрушению зубной эмали. Налет создает благоприятную среду для размножения бактерий, вызывающих развитие кариеса. Кроме того, табачные продукты снижают выработку слюны, которая играет важную роль в защите зубов, предотвращая кариес. Табачный дым также оказывает негативное воздействие на ткани полости рта. Он может вызывать раздражение и воспаление десен, которые становятся более чувствительными и склонными к кровотечению. Употребление табака также повышает риск развития пародонтита, хронического воспаления тканей, окружающих зубы. При этом возможны рецидивы и усиление болевых ощущений.

Влияние табачного дыма на зубы и ткани полости рта - проблема, на которую следует обратить особое внимание. Употребление табака не только негативно сказывается на здоровье полости рта, но и является значительным фактором риска развития серьезных заболеваний, таких как рак ротовой полости.

Одним из наиболее очевидных последствий курения является развитие рака в полости рта. Губы, язык, десны, щеки и небо, и все эти области могут стать местом развития опухолей. Курение табака и употребление жевательного табака могут привести к раку губ, языка и десен. Рак полости рта требует серьезного лечения и может иметь пагубные последствия для здоровья и качества жизни.

Кроме рака, употребление табака в полости рта также может привести к развитию других проблем. Например, употребление табака может вызывать пародонтит - воспаление десен и разрушение тканей, окружающих зубы. Это может привести к потере зубов и проблемам с жеванием пищи. Также табак может вызывать зубной налет и зубной камень, что приводит к стойкому неприятному запаху изо рта и ухудшению внешнего вида зубов.

Кроме того, употребление табака в полости рта может иметь негативные социальные последствия. Постоянный запах курева изо рта и желтизна зубов могут влиять на самооценку и вызывать социальную изоляцию. Многие люди

избегают общения с курильщиками из-за неприятного запаха и видимых следов употребления табака.

Проанализировав различные методы отказа от курения, был составлен список самых действенных способов:

1. Для того, чтобы отказаться от этой вредной привычки, в первую очередь необходимо пересмотреть своё окружение и сократить возможность близкого контакта с курящими людьми, ведь они будут являться провокаторами для продолжения вашего злоупотребления сигаретами.

2. Начать заниматься спортом и приучать свой организм к здоровому образу жизни. Благодаря данным действиям, вырабатывается сила воли, и

мысли о курении понемногу начинают отходить на задний план, ведь главным приоритетом с каждым днем все больше становится желание достигнуть чего-то большего в саморазвитии и реализации новых целей.

3. При отсутствии силы воли или при сомнениях в своих силах, для лечения никотиновой зависимости врачи применяют два вида средств: никотин-заместительные препараты (НЗП) и препараты, которые не содержат никотин. Эти средства хороши как для желающих полностью отказаться от курения, так и для людей, которые хотят снизить интенсивность курения. Однако положительного результата можно добиться только после устранения психологической зависимости, а НЗП лишь дают отсрочку по времени для решения этой задачи.

4. При серьезной психологической зависимости, групповая психотерапия или индивидуальные сеансы с психотерапевтом помогают сформировать позитивные установки и привить навыки, способные контролировать никотиновую зависимость.

5. Для самостоятельной работы по преодолению пагубной привычки можно использовать исцеляющие настроения академика Г.Н. Сытина.

6. Одним из хорошо работающих способов отказаться от курения, при высокой мотивации, является иглорефлексотерапия.

7. Как дополнение можно порекомендовать гирудотерапию.

Список литературы

1.Булгакова, А.И. Клиническая характеристика состояния полости рта у лиц с табакозависимостью [Текст] / А.И. Булгакова, Ю.О. Солдатова, Г.Ш. Зубаирова // Уфа : Мед. Вестник Башкортостана. -2014 - Т.9 №1- 61с.

2.Деларю, В.В. Губительная сигарета / В.В. Деларю – М. : Педагогика, 2017. - 54 с.

3.Князев, Ю.Н. Профилактика злоупотребления подростками психоактивных веществ и зависимость от них / Ю.Н. Князев–СПб. : Питер, 2018. – 79с.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕРПЕСОМ ЗОСТЕР

Дорошенко А.Н.

*Научный руководитель – Коваленко Е.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г Белгород*

Инфекционные заболевания чрезвычайно распространены во всем мире. Инфекционные заболевания могут быть вызваны многими патогенами, включая бактерии, вирусы, грибки и паразиты, которые могут вызывать болезни и заболевания. Микроскопические вещества под названием вирус становятся причиной вирусных инфекций. Одной из таких инфекций – является Варицелла-зостер. Это понятие включает 2 заболевания ветряная оспа и опоясывающий лишай.

Вирус зостер в настоящее время является одной из наиболее распространенных высококонтагиозных инфекций, восприимчивость к которой достигает 95-100%. Риск заболевания у здоровых людей в течение их жизни составляет более 95%.

Заболеваемость опоясывающим герпесом в различных странах мира колеблется от 0,4 до 1,6 случаев на 1000 человек в год у людей в возрасте до 20 лет и от 4,5 до 11,8 случаев на 1000 человек в год в старших возрастных группах. Согласно зарубежным исследованиям, уровень госпитализации по поводу опоясывающего лишая находится на уровне 8,7-11- 13,4 %.

Заболевают люди, которые ранее болели ветряной оспой. Болеют в основном люди пожилого и старческого возраста, а также люди с ослабленным иммунитетом: больные лейкемией, лимфогранулематозом, новообразованиями, получающие химиотерапию, длительно принимающие кортикостероиды и иммунодепрессанты. Особенно часто инфекция развивается у пациентов с синдромом приобретенного иммунодефицита [1].

В Российской Федерации эпидемиологический надзор за герпесом зостер не проводится в масштабе страны. Регистрация и учет случаев опоясывающего лишая осуществляется медицинскими учреждениями по форме №

12 Федерального статистического наблюдения "Сведения о количестве заболеваний, зарегистрированных у пациентов в зоне обслуживания медицинского учреждения" в строке "Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания" в совокупности с другими инфекционными и паразитарными заболеваниями. В связи с этим точных данных о количестве случаев этого заболевания в целом по стране нет [2].

Чтобы оценить масштабы проблемы вируса зостера в Российской Федерации, учёный Е.М. Воронин, используя литературные данные из российских и зарубежных источников, произвел приблизительные расчеты общего числа людей, страдающих этим заболеванием в Российской Федерации ежегодно. Средняя заболеваемость вирусом зостера оценивается в 484 857 случаев в год. Установлено, что неосложненное течение наблюдается у 77% пациентов, частота госпитализации составляет 3%.

На основании статистического анализа, учёные определили, что заболеваемость опоясывающим герпесом совокупного населения страны составила 16-31 на 100 тыс. населения. Ниже представлен график заболеваемости за последние 10 лет (Рис. 1).

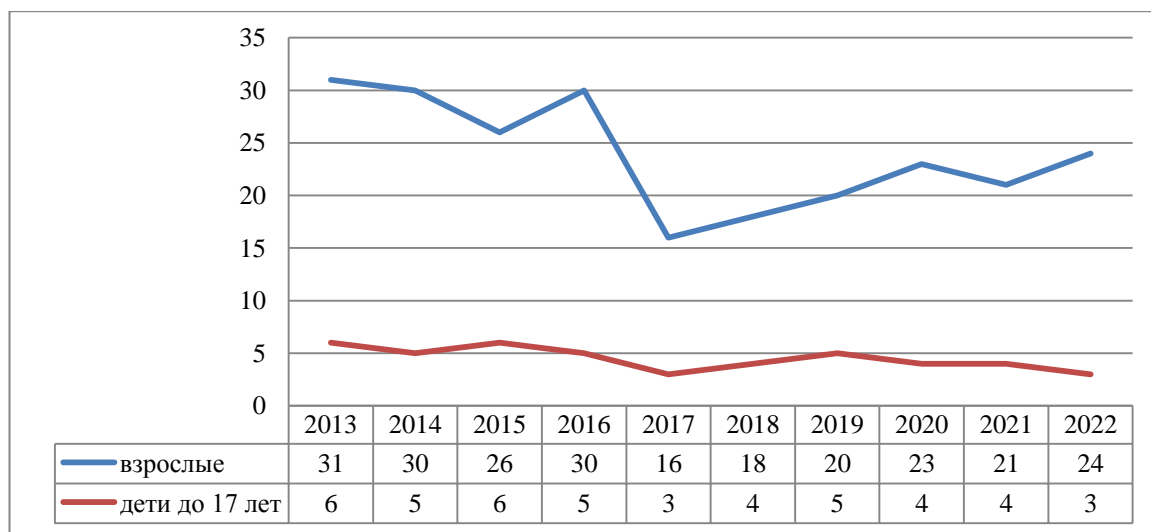


Рис. 1. Заболеваемость опоясывающим герпесом населения России в 2013-2022 гг. (показатели на 100 тыс. населения)

Ретроспективный эпидемиологический анализ показал, что заболеваемость опоясывающим лишаем имеет спорадический характер и внутригодовая цикличность динамики заболеваемости не выявлены (Рис. 2).

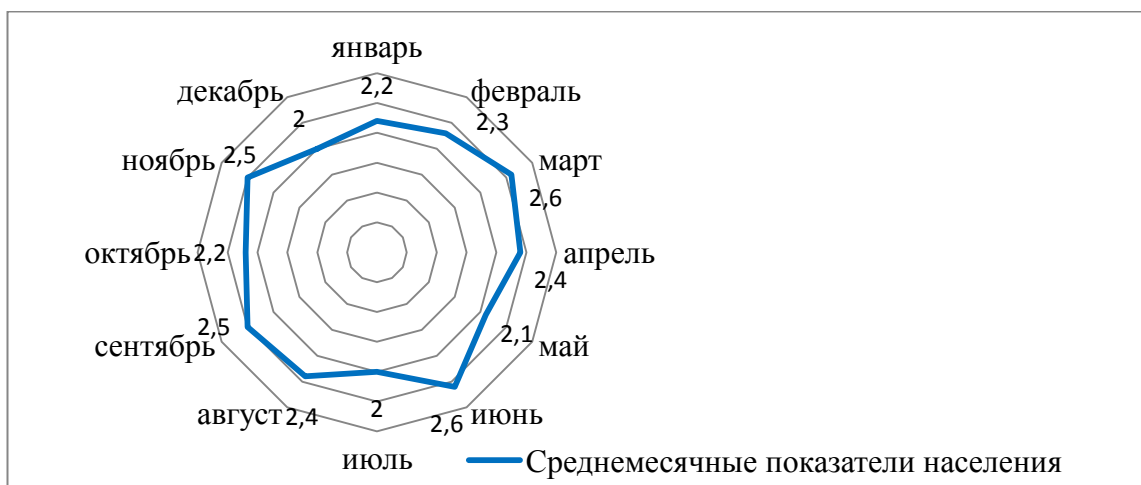


Рис. 2. Внутригодовая динамика заболеваемости опоясывающим лишаем населения России в 2013-2022 гг. (среднемесячные показатели на 100 тыс. населения)

Заболевание возникает у населения различных возрастных категорий. За 2013 – 2022 гг. наиболее высокие % заболевшего населения пришёлся на категорию лиц старше 60 лет – 40%. Повышенная частота заболевания у лиц пожилого возраста обусловлена возрастным снижением иммунитета. Наименьшие показатели заболеваемости имеют дети до 17 лет, всего 5%, большая часть которых находилась в подростковом возрасте. Это может быть связано со снижением иммунитета в пубертатный период. У лиц трудоспособного возраста выявлены средние значения, заболевания у них возникало в следствие снижения иммунитета под влиянием различных факторов (Рис. 3).

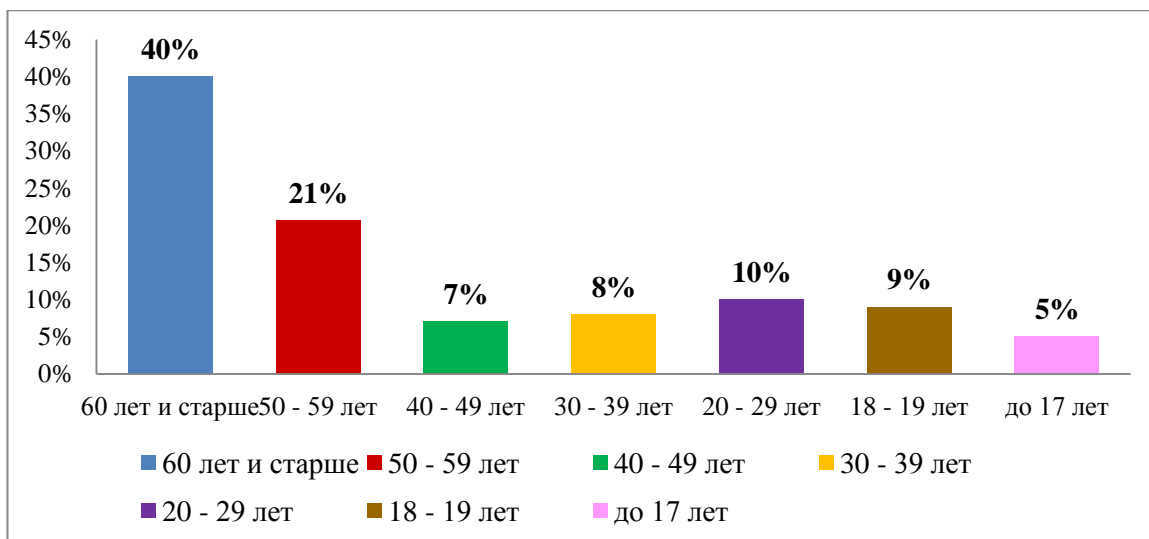


Рис. 3. Заболеваемость опоясывающим лишаем в разных возрастных категориях, %

Гендерное распределение заболеваемости вирусом зостер показало, что большинство составили лица женского пола 60%, мужчин с заболеванием всего 40%. При этом в различных возрастных группах половая принадлежность больных распределялась по разному.

Ежегодно в России регистрируются летальные исходы от опоясывающего герпеса. В 57% причиной смерти у болеющих являлся герпес зостер и его осложнения, а в 43% он был сопутствующим заболеванием. Большинство летальных случаев приходилось на население с возрасте 60 лет и старше.

Список литературы

1. Парфенов, В. А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / В. А. Парфенов, В. А. Головачева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 296 с.
2. Шульженко, А. Е. Герпесвирусные инфекции : современный взгляд на проблему / А. Е. Шульженко, Р. В. Щубелко, И. Н. Зуйкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 344 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Евсюкова П.В.

*Научный руководитель - Чеченина И.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В настоящее время среднему медицинскому персоналу отводится большая роль в организации медицинской реабилитации и реализации конкретных реабилитационных программ. Значение медицинской реабилитации определено на законодательном уровне (ст. 40 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Развитие сестринского персонала это один из ключевых параметров, определяющих уровень оказания медицинских услуг в реабилитации пациентов.

Реабилитация представляет собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на:

- полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма;
- поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса;
- предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем;
предупреждение инвалидности и снижение ее степени;
- улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация - начальное звено в системе общей реабилитации, направленное на восстановительное лечение и вторичную профилактику заболеваний, увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций и возвращение дееспособности. Реабилитацию следует

рассматривать как сложную социально - медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: медицинская; физическая; психологическая; профессиональная (трудовая); социально-экономическая.

Медицинская реабилитация — важная составляющая лечебно-профилактического процесса. Она предусматривает комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных средств для восстановления и поддержания функций организма, предотвращения и снижения степени инвалидности, а также для улучшения качества жизни и сохранения работоспособности пациента.

Врач-реабилитолог и медицинская сестра работают в команде и вместе достигают поставленных целей, а пациент, находясь на реабилитации, должен получить не только медицинскую, но и психологическую помощь, а также качественный уход.

Медсестра принимает непосредственное участие в лечебно-диагностическом процессе и реализации программы реабилитации пациентов. Она полноценный участник междисциплинарной бригады. Роль медсестры по реабилитации особенно важна, так как зачастую именно сестринский персонал проводит максимум времени с пациентами.

Медицинская реабилитация осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи специализированной, медицинской помощи в стационарных условиях дневного или круглосуточного пребывания.

Очень важна роль медсестры по реабилитации, именно она проводит с пациентом больше времени, чем любые другие специалисты, регулирует разные стороны его жизни и таким образом получает полное представление о лечении, следит за соблюдением этапности реабилитационных мероприятий. Медсестры по физиотерапии, массажу, инструкторы по лечебной физкультуре (ЛФК), трудотерапии и другие специалисты среднего звена также активно участвуют в реабилитационном процессе и проводят с пациентами значительно больше времени, чем даже лечащий врач.

Основными формами работы медицинской сестры по реабилитации являются сестринский уход, наблюдение за пациентом в стационаре, а также выполнение всех назначений врача-реабилитолога.

Обязанности медицинской сестры при реабилитации пациентов:

- определение ключевых проблем пациента медицинского, бытового, социального и психологического плана;
- выявление факторов риска, которые могут ухудшить настоящее состояние пациента;
- участие в диагностическом процессе;
- уход медсестры за пациентом, помощь в выполнении гигиенических процедур и иных бытовых действий;
- подготовка пациента к реабилитационным мероприятиям;
- оказание помощи врачу в проведении медицинской реабилитации;
- выполнение сестринских манипуляций или реабилитационных мероприятий, которые предусмотрены ее должностной инструкцией;
- обучение пациентов пользованию вспомогательными приспособлениями для передвижения, питания, гигиены, письма;
- интеграция семьи в реабилитационный процесс;
- контроль за выполнением реабилитационной программы.

Чаще всего помощь реабилитационной медсестры нужна пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной системы, а также пациентам после операций и серьезных черепно-мозговых и спинальных травм.

Роль медицинской сестры в реабилитации пациентов неоценима. Она предоставляет комплексный уход, обеспечивает комфорт и поддержку пациентам, что способствует их успешному как физическому, так и психологическому восстановлению.

Восстановительная медицина – это система практической деятельности, направленная на восстановление функциональных резервов человека, повышение уровня его здоровья и качества жизни, сниженных в результате

болезни (на этапе выздоровления или ремиссии), путем применения, преимущественно, немедикаментозных методов. В свою очередь, восстановительное лечение направлено на увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций, вторичную профилактику заболеваний и их осложнений, восстановление сниженных трудовых функций или возвращение ограниченной дееспособности на фоне парциальной недостаточности здоровья.

На всех этапах восстановительного лечения младший медперсонал:

1) выявляет все тревожащие пациента проблемы психологического, духовного, бытового, медицинского, социального характера, помогает в их решении самостоятельно или доводит до сведения лечащего врача;

2) определяет, оценивает факторы риска для пациента и его семьи, связанные с различными последствиями основного или сопутствующих заболеваний, предлагает пути решения или предупреждения возможных проблем – например, для больных, перенесших [инсульт](#), фактором риска являются неподходящие условия в доме (высокие пороги, отсутствие яркого освещения, поручней в туалете и ванной, т.д.).

Медсестра обращает внимание родных на этот факт и дает рекомендации:

- по созданию безопасной среды;
- готовит пациента к процедурам, занятиям, помогает врачу при проведении [физиотерапии](#), медицинских манипуляций; самостоятельно проводит физиотерапевтические процедуры (например, массаж), делает необходимые инъекции, выдает пероральные лекарственные средства и следит за их своевременным приемом;

- осуществляет гигиенические процедуры, помогает пациенту во время посещения туалета, умывания, купания, приема пищи; обучает больных самообслуживанию в изменившихся условиях окружающей среды или при изменении физических возможностей пациентов – при параличах, нарушении координации движений, переломах в реабилитационный период очень важно

показывать больным правильную последовательность действий при одевании, умывании, расчесывании и в других бытовых ситуациях.

Чем раньше пациент начнет привыкать выполнять простые ежедневные действия сам, тем быстрее он вернется к самообслуживанию и независимости.

Восстановление начинается еще в палате интенсивной терапии.

Главная задача медсестры в этот период – поддержание стабильного состояния больного.

Роль медицинского работника в реабилитации пациента очень важна, так как профессионально выполненная работа помогает пациенту в укреплении, сохранении и реабилитации здоровья.

Список литературы

1) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред.25.12.2023), «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 23.11.2011, // Собрание законодательства РФ 28.11.2011.- Ст.40.

2) «Роль медицинской сестры в медицинской реабилитации больных» / Г.М. Бехметьева, Образовательная социальная сеть nsportal.ru

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ ОТ ПЕРВОБЫТНОЙ ЭРЫ ДО ВИЗАНТИИ

Ефанова Д.С.

*Научный руководитель - Чеченина И.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

История медицины неотделима от истории фармации. История медицины – это наука, изучающая развитие медицинских знаний и деятельности в соответствии с развитием человеческого общества. Их истоки приходят в глубокую древность, еще задолго до появления империй и государств. Можно даже сказать, что с появлением человека и началась история медицины.

Первобытная Эра. Древнейшей стадией существования человечества является первобытнообщинный строй, начало которого отделено от нашего времени примерно на сто тысяч лет. Именно тогда человек начал познавать этот мир и в этом ему помогли растения, да и в целом природа. Методом проб и ошибок обнаружилось несколько групп растений это: питательные, ядовитые и лекарственные.

Начало фармации ознаменовалось началом добывания лекарственных веществ. Борьба с болезнью есть часть общей борьбы человека за существование. Причиной болезней в первобытную эпоху служили естественные явления: землетрясения с их вредными испарениями, наводнения, оставляющие после себя обширные гниющие болота, нападение диких зверей, нарушение нормального питания и т. д. Страдания людей побудили в человеке инстинкт самосохранения. У первобытного человека не существовало медицины в полном смысле этого слова, средство против болезней было дано ему в его внутренней врожденной силе сопротивления.

Постепенно люди стали обращаться за помощью к окружающей природе. Отыскивая что-либо, пригодное в пищу, они могли заметить ядовитое или лечебное действие многих растений. Путем отбора полезного от вредного, целебного от ядовитого люди первобытной эпохи открыли значительное ко-

личество лекарственных средств, главным образом растительного происхождения.

Одними из первых растений были признаны болеутоляющие, прежде всего пасленовые; очень рано были выделены также растения, оказывающие раздражающее действие на пищеварительный тракт. В то же время стали известны возбуждающие свойства кустарника «кока», наркотические свойства мака, табака, гашиша. С развитием охоты появляются лекарственные средства животного происхождения: жир, кровь, костный мозг; в дальнейшем с лечебной целью стали применяться отдельные органы, например печень. Вместе с этим развивается оказание примитивной помощи при травмах.

В связи с переходом человека от охотничьего хозяйства к скотоводству было открыто много новых целебных растений. Было замечено, что при поедании некоторых трав животные возбуждаются, иногда появляется рвота и прочие необычные явления. Эти наблюдения позволили выявить рвотные и слабительные свойства растений и применить их затем для лечебных целей.

Использование целебных свойств растений было результатом обобщения наблюдений человечества. Вслед за лекарственными веществами растительного и животного происхождения появляются также вещества минерального происхождения, в первую очередь в виде минеральных вод. В период матриархата знания по лекарствоведению концентрировались у женщин-хранительниц домашнего очага. С течением времени, при зарождении патриархата, роль хранительницы практических знаний по лекарствоведению переходит к старейшинам семьи, племени, рода. В соответствии с материальным уровнем жизни и общественными отношениями в первобытном обществе находится и развитие элементарной медицинской деятельности и вместе с этим развитие представлений о болезнях и здоровье.

Накопление повседневного опыта у людей привело к возникновению и развитию эмпирических приемов медицинской помощи и лечебных средств.

Первобытная культура внесла огромный вклад в развитие науки вообще и медицины в частности, несмотря на множество предрассудков. Многие

лекарственные средства растительного и животного происхождения, применяемые в настоящее время, взяты у наших предков.

Эфедрa как лекарственное растение была известна китайцам еще 5000 лет назад. Эфедрин введен в научную медицину китайским фармакологом Ченом. Используется при бронхиальной астме, коклюше, насморке, морской болезни, при гипотонии и др. заболеваниях.

Целительные свойства хинного дерева были открыты инками (местное население Америки). Они спасались от тропической малярии порошками из коры этого дерева.

Горицвет весенний применялся для лечения водянки и одышки впоследствии это растение было изучено С.П. Боткиным, И.П. Павловым и Н.А. Бубновым и в настоящее время успешно используется в медицине как сердечное средство.

Листья наперстянки, которые широко использовались в медицине при болезнях сердца. Современная медицина широко использует наследие первобытной культуры.

Целебные свойства ландыша, листьев наперстянки, горицвета весеннего, применение хинной коры, опия, листьев кока, ряда слабительных средств растительного происхождения, пиявки, отвлекающие банки и многое другое унаследовано нами из народной медицины.

Медицина Средневековья. Большое влияние на развитие медицины и фармации в период Средневековья оказала алхимия.

Слово «алхимия» происходит от арабского *alchimia*, которое восходит к греческому «*хюмос*», «*химевкис*» - лью, отливаю, что указывает на связь с искусством плавки и литья металлов, либо от «*хеми*» - черная земля - древнее название Египта, что связывает ее с местом, где возникло это искусство.

Теоретическую основу алхимии составляла идея Аристотеля о превращениях элементов, а главной задачей алхимиков было получение философского камня, который сулит его обладателю вечную жизнь и богатство, превращая неблагородные металлы в благородные.

Одной из существенных причин, породивших представление о превращаемости «элементов» - изучение ртути и ее соединений. Возникновение этой задачи и попытки ее осуществления уходят в античность.

Алхимический период в истории химии и фармации (IV - XVI вв.) характеризуется не только распространением спекулятивной и «опытной» алхимии, но и одновременно развитием практической, ремесленной химии. В каждом направлении алхимии можно увидеть зачатки положительных знаний.

Территориальное распространение алхимии весьма широко. Можно выделить греко-египетские, арабские и западноевропейские алхимические традиции.

Центрами арабской алхимии были Багдад на Ближнем Востоке и Кордова в Испании. Здесь в рамках арабской мусульманской культуры усваивается, толкуется на алхимический лад учение Аристотеля.

Помимо изготовления экстрактов по Галену, они также использовали простейшие способы перегонки, позволявшие получать эфир, масла, дистиллированную воду. Арабские алхимики умели получать химические соединения: киноварь, сулему для лечения глазных и кожных заболеваний, сульфат меди, соду, квасцы; ввели в практику лекарство – «питьевое золото», которому приписывали лечебные свойства, сходные с панацеей; владели многими химическими операциями (перегонкой, фильтрованием, возгонкой, кристаллизацией). Они же изобрели ряд аппаратов; перегонный куб, химические печи, водяную баню, применили фильтрование, получили азотную и соляную кислоты, хлорную известь и спирт (которому дали название алкоголь).

Именно на Западе алхимия становится вполне самостоятельным делом с собственными целями и теорией. Наибольшее распространение она получила в Испании, Италии, Франции, Германии, Англии. Это были бескорыстные поиски алхимиков, убежденных в возможности путем химических операций найти философский камень, установивших факт растворения серебра в

азотной кислоте и золота в царской водке и открывших соляную кислоту, хлористое железо, хлористую сурьму и другие соединения сурьмы.

Главным источником и основой медицинских знаний в Византийской империи были «Гиппократов сборник» и сочинения Галена, извлечения из которых служили базисом для компиляций, соответствующих духу христианства. Поиск естественно-научного объяснения природы болезни приостановился, и на первый план вышло изучение практических приемов лечения, выработанных в предшествующие столетия.

Будучи практиками, византийские врачи описывали и свои собственные наблюдения, нередко уточняющие описания отдельных растений и их лечебные свойства. Интерес к лекарственным растениям в империи был настолько велик, что ботаника постепенно превратилась в практическую область медицины, занимающуюся почти исключительно целебными свойствами растений.

Список литературы

1. Электронный ресурс:

Лекция 1. Медицина в первобытном обществе

<https://old.vmedook.ru/wordpress/wpcontent/uploads/2020/09/Lektsiya1.pdf>

2. Лекция 2. Развитие фармации в Средние века и в Византийской империи

https://kpfu.ru/staff_files/F_347041004/istoriya_farmacii_lekciya_2_dlya_studentov.docx

**НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТА
«НЕ БУДЬ РАВНОДУШЕН К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ!»
ПО СОЗДАНИЮ УСЛОВИЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ
У ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ Г. КУРСК**

*Жданова Ю.А., Милькина П.С.
Научный руководитель – Ивлева Е.В., к.б.н., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность темы. Профилактика зависимостей от вредных привычек среди подрастающего поколения в настоящее время становится не просто актуальной, а обязательной, т.к. является более эффективным средством, чем лечение сформировавшихся болезней.

Основной целью не только педагогического процесса, но и их участников, является воспитание и формирование всесторонне развитой, творческой, активной, физически здоровой и высоконравственной личности. Добиться таких результатов возможно только при проведении профилактики вредных привычек среди обучающихся образовательных организаций и их родителей. Ведь предотвратить беду намного проще, чем потом с нею бороться.

Материалы, план, направления, методы. В медико-фармацевтическом колледже под руководством преподавателя дисциплины «Гигиена и экология человека» реализуется социальный проект «Не будь равнодушен к своему здоровью» на протяжении уже 6 лет, который осуществляет медико-просветительскую, научно-познавательную и формирующую здоровую активную деятельность.

План работы по реализации социального проекта включает в себя следующие направления:

1. Подготовка обучающихся медико-фармацевтического колледжа КГМУ по данной теме. В учебном плане дисциплины «Гигиена и экология человека» имеют место темы, связанные непосредственно с проблематикой:

«Здоровый образ жизни и пути его формирования. Методы, формы и средства гигиенического воспитания населения», «Употребление вредных привычек, их последствия для организма человека», «Состояние здоровья детей и физическое развитие детей и подростков».

2. Организация тренингов по профилактике употребления алкоголя, табака, психоактивных, наркотических веществ;

3. Тематические информационные выступления с мультимедийным сопровождением по заданной проблеме;

4. Информационно-театрализованная работа;

5. Наглядная демонстрация проблемы в виде созданных видеороликов, мультимедийных презентаций и исполнение песен;

6. Посещение обучающимися анатомического музея Курского государственного медицинского университета, г. Курск

7. Интерактивное обсуждение с залом (аудиторией слушателей);

8. Организация спортивного мероприятия «Скажи вредным привычкам – НЕТ! Жизни – ДА!».

Проводим медицинское освидетельствование после проведения мероприятия. У обучающихся, принимавших участие в состязаниях, измеряются такие медицинские показатели, как: артериальное давление, частота сердечных сокращений, число дыхательных движений в минуту.

Результаты исследования. Данный проект вносит определенный вклад в дело сохранения здоровья подрастающего поколения. Планируемые ожидаемые результаты у обучающихся образовательных учреждений: 1. Формирование знаний о ЗОЖ, о последствиях табакокурения, алкоголя и наркотиков; 2. Мотивирование каждого на сохранение своего здоровья у учащихся средних общеобразовательных школ, учреждений дополнительного образования и детских центров; 3. Появление желания у обучающихся применять принципы здорового образа жизни; 4. Снижение заболеваемости, устойчивость к стрессовым ситуациям, сохранение и укрепление здоровья обучающихся; 5. Формирование правильного стереотипа мышления и пове-

дения у подрастающего поколения к наркотическим и химическим вредным веществам; 6. Умение высказывать свое мнение, позицию на формирование здоровых и полезных навыков ответственного поведения; 7. Сокращение количества детей «группы риска».

Количественные результаты: 1) Ежегодно мероприятия проводятся среди обучающихся 10 средних общеобразовательных школ города Курск и Курской области, 2-х образовательных центров дополнительного образования; 2) Количество участников – слушателей в мероприятия в течение года – 650-700 обучающихся; 3) Охватываются обучающиеся со 2-го по 9 классы средних общеобразовательных школ; 4) Раздаётся ежегодно подрастающему поколению около 700 информационных и познавательных буклета, содержащие основные аспекты по данной теме; 5) Ежегодно благодарственные письма от образовательных организаций за проведение данного рода мероприятия в количестве 10-12 штук.

Качественные результаты: 1) В ходе реализации данного проекта у молодежи сформировалось бережное отношение к своему здоровью. В проекте главный акцент сделан на то, как помочь подрастающему поколению избежать наркотиков, токсических веществ, употребления сигарет, алкогольных напитков; и пропагандирование здорового образа жизни. Если им ничего не рассказывать о токсических, наркотических веществах, никотине, алкоголе, об их негативном влиянии на организм, то юноша или подросток может предполагать, что это безвредно для здоровья и разрешено для использования. 2) Приобретая знания о здоровом образе жизни, его компонентах и формах, о «болезнях поведения» так называемых наличия вредных привычках, обучающиеся осознали, что от их решения (принятия правильного или неправильного решения) зависит не только здоровье каждого из них, но и здоровье всей нации, всего человечества. 3) Детям приходилось участвовать во многих видах совместной деятельности, что способствовало развитию чувства коллективизма и товарищеской взаимопомощи. Реализация проекта поз-

волила некоторым его участникам сформировать многие трудовые навыки, умение преодолевать себя (например, четко отвечать на вопросы).

Заключение. Принимая участие в проекте, обучающиеся являлись непосредственными участниками становления гражданского общества в России, своим равнодушием и энергией демонстрировали лучшие нравственные и патриотические качества.

Работа над проектом привлекательна еще тем, что в ней принимают участие обучающиеся разного возраста. Эта работа на практическом примере дала возможность освоить технологию проектной деятельности, столь необходимую для приобретения молодежной практической грамотности, позволила объединить обучающихся.

Сами студенты отмечают, что пропаганда ЗОЖ – это благородно дело, понимая, что можешь донести информацию, тем самым сберечь от плохого чью-то жизнь. Студентам нравится рассказывать, пояснять, объяснять обучающимся что-то новое, полезное, актуальное и информативное.

Было проведено анкетирование студентов, принимавших участие в пропаганде ЗОЖ, профориентационной и внеаудиторной работах, о преимуществах участия в просветительской волонтерской работе в школах и других учебных заведениях. Так, 98 % студентов, считают, что участие в таких мероприятиях позволяет им стать уверенными в себе, преодолеть страх выступать перед большой аудиторией, грамотно объяснять, правильно формулировать свою речь, четко и конкретно отвечать на поставленные вопросы. Открытые тематические мероприятия, проводимые участниками проекта, студентами медико-фармацевтического колледжа, отмечаются на высоком уровне от администраций средних общеобразовательных школ, учреждений дополнительного образования, детских центров г. Курска благодарственными письмами, положительными отзывами от родителей детей и классных руководителей.

Список литературы

1. Ивлева Е.В., Золотухина О.Ю. Организация просветительско-волонтерской деятельности обучающихся как одно из средств формирования здорового подрастающего поколения / Материалы 53-й ежегодной Всероссийской конференции студентов и молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации», посвященной 90-летию доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента Российской Академии Естествознания Бышевского Анатолия Шулимовича (г. Тюмень, 27-28 марта 2019 г.). Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2018. 430 с. С. 59-60.

2. Ивлева Е.В. Социальный проект «Не будь равнодушен к своему здоровью» / Учебно-методическое пособие для преподавателей и студентов. – Курск: Изд-во КГМУ, 2022. – 126 с.

3. Симонян Р.Я. Социальное проектирование в образовании // Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета. 2013. № 10. С. 218-225 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-proektirovanie-v-obrazovanii> (дата обращения: 02.02.2024 г.).

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ЗАКРЫТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ И ВОЗДУХА РАБОЧЕЙ ЗОНЫ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Заводовский В.С.

*Научный руководитель – Устинова О.В., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Актуальность данной работы:

1. Работоспособность человека в значительной степени зависят от микроклимата на рабочем месте
2. Большую роль в обеспечении оптимальных и допустимых условий труда на производстве играют систематический контроль состояния и качества воздуха рабочей зоны
3. Рост профессиональных заболеваний, острых отравлений, количества производственных аварий

Целью данной работы является: гигиеническая оценка воздушной среды закрытых помещений и воздуха рабочей зоны на промышленных предприятиях Белгородской области.

Для достижения цели данного исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить нормативную литературу, регламентирующую правила и нормы метеорологических условий рабочей зоны.
2. Рассмотреть методы гигиенической оценки воздушной среды закрытых помещений и воздуха рабочей зоны на промышленных предприятиях.
3. Провести анализ статистических данных влияния на организм работающих параметров микроклимата производственных помещений. Объект исследования: микроклимат воздушной среды закрытых помещений и воздуха рабочей зоны на промышленных предприятиях.

Объект исследования: микроклимат воздушной среды закрытых помещений и воздуха рабочей зоны на промышленных предприятиях.

Предмет исследования: методы гигиенической оценки воздушной среды закрытых помещений и воздуха рабочей зоны на промышленных предприятиях.

Проведенный анализ состояния воздуха рабочей зоны свидетельствует об увеличении доли проб воздуха, превышающих ПДК на промышленных предприятиях на пары и газы, содержащих вещества 1 и 2 классов опасности с 0,59% в 2020 году до 2,22% в 2022 году (темп прироста к 2020 году: +1,63%).

Одновременно отмечается снижение доли проб воздуха, превышающих ПДК на промышленных предприятиях на пыль и аэрозоли с 4,44% в 2020 году до 1,20% в 2022 году (темп прироста к 2020 году: - 3,24%), в том числе содержащих вещества 1 и 2 классов опасности с 3,33% в 2020 году до 0,60% в 2022 году (темп прироста к 2020 году: - 2,73%).

В 2020 году на территории Белгородской области обследовано с проведением инструментальных и лабораторных исследований 38565 рабочих мест на 5518, в 2021 году – 32222 рабочих мест на 4850 объектах, в 2022 году – 36217 рабочих мест на 4870 объектах. В таблицах 3.2-3.5 представлено количество обследованных объектов и рабочих мест в промышленности, пищевой сфере, коммунальном хозяйстве и общеобразовательной деятельности.

Удельный вес объектов, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям, за последние три года снизился незначительно на (1,2%) с 9,0% в 2021 году до 7,8%, в 2022 году. Удельный вес рабочих мест, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям, за последние три года снизился незначительно на (0,7%) с 4,1% в 2021 году до 3,4% в 2022 году [2].

Главными причинами превышения уровней шума и вибрации на рабочих местах над предельно допустимыми уровнями, как и прежде, являются несовершенство технологических процессов, конструктивные недостатки технологического оборудования и инструментов, а также их физический износ и невыполнение планово-предупредительных ремонтов.

В истекшем году на территории области сохранялся темп роста числа объектов, источников электромагнитных полей радиочастотного диапазона. Прежде всего, это связано с развитием мобильной связи и ростом числа базовых станций цифровой сотовой связи (БСЦСС), а также с модернизацией существующего оборудования.

На территории области размещено 2156 передающих радиотехнических объектов (ПРТО): из них 1931 объектов – цифровая сотовая связь, 198 – телерадиовещание, 24 – спутниковая связь, 3 – система ПВО.

Как показывает анализ заявлений и обращений граждан, поступивших в Управление Роспотребнадзора, по-прежнему, имеют место жалобы на размещение БСЦСС на жилых и общественных зданиях. Однако эти жалобы не обоснованы. Существующая в Российской Федерации и активно используемая на территории Белгородской области система санитарно-эпидемиологической экспертизы ПРТО с предварительной оценкой расчетов электромагнитной обстановки и последующим инструментальным контролем уровней электромагнитных полей в зоне расположения ПРТО является действенным средством профилактики неблагоприятного воздействия электромагнитного поля радиочастотного диапазона на население [1].

ВЫВОДЫ:

1. Оценка состояния и качества воздуха должна производиться в соответствии с общими санитарно-гигиеническими требованиями к воздуху рабочей зоны, изложенными в нормативных документах.
2. В рамках санитарного надзора за загрязнением воздуха рабочей зоны производственных предприятий разработаны и применяются инструментальные лабораторные и экспресс-методы.
3. Проведенный анализ состояния воздуха рабочей зоны показал, что удельный вес объектов и рабочих мест, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям, за последние три года незначительно снизился, увеличилась доля проб воздуха, превышающих ПДК на промышленных предприятиях на пары и газы, содержащих вещества 1 и 2 классов опасности

и снизилась доля проб воздуха, превышающих ПДК на промышленных предприятиях на пыль и аэрозоли.

Список литературы

1. ГОСТ 12.1.005-88. Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны.
2. Областной доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Белгородской области в 2020 году». – Белгород, 2022. – 255с.

КАК ВЛИЯЮТ ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ НА ЗУБОЧЕЛЮСТНУЮ СИСТЕМУ?

Закарюкина У.Д.

*Научный руководитель – Сухомлин Л.Г., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность. Курение – это самая глобальная проблема среди всего населения. На данный момент число курящих электронные сигареты растёт с каждым днём. В основном большая часть этих людей — это подростки. Молодёжь считает, что вейпы безопасны, чем обычные сигареты.

Научная новизна. По результатам проведенного исследования мы составили брошюру для студентов медицинского колледжа, рассказывающей о вреде курения и профилактике этой пагубной привычки.

Цель: выяснить, как влияние и безопасность курительной жидкости на слизистую оболочку полости рта и зубочелюстную систему.

Задачи:

1. узнать, как устроена электронная сигарета;
2. провести анкетирование, курящих электронные сигареты, среди учащихся МФК КГМУ;
3. изучить состав курительных жидкостей и определить влияние веществ, на слизистую оболочку полости рта и зубочелюстную систему.

Материалы и методы:

- 1.изучить научно-информационные статьи, стоматологических журналов;
2. анкетирование среди студентов МФК КГМУ, в ходе которого были заданы следующие вопросы: «Как Вы относитесь к электронным сигаретам? Курите ли Вы электронные сигареты? Чем по вашему мнению электронные сигареты отличаются от обычных сигарет? Знаете ли Вы о вреде никотина на состояние слизистой оболочки полости рта? С момента начала курения стали ли Вы чаще чистить зубы или нет? Ваш пол? Ваш возраст?»

Результаты исследования:

Курение - это одно из самых глобальных проблем населения. Среди студентов Медико-фармацевтического колледжа КГМУ было проведено анкетирование, которое показало, что 78,5% курят, из них 11,5% предпочитают обычные сигареты, 52,3% электронные сигареты, 14,7% не курят.

Состав электронной сигареты.

Электронная сигарета— устройство, которое позволяет воспроизводить густой дым.

Основными частями электронной сигареты являются:

1. зарядное устройство, то есть аккумулятор;
2. емкость со специальной жидкостью;
3. испаритель. К нему поступает энергия от аккумулятора, и нагревательный элемент заставляет жидкость в сигарете испаряться при затяжке.

Рассмотрим состав жидкости, для электронной сигареты и её влияние на слизистую оболочку полости рта и зубочелюстную систему :

Жидкость состоит из четырёх основных компонентов: никотин, пропиленгликоль, глицерин, ароматизаторы. Разберём это подробно.

Никотин- (0-3,6%) – сильнодействующие нейротоксин и кардиотоксин. Именно никотин наносит основной вред организму при курении электронной сигареты, развивая риск сердечно-сосудистых заболеваний, отравления организма, а также сухость и разные заболевания слизистой оболочки полости рта. На фоне никотина развиваются следующие осложнения:

1. Воспаление десен – в результате нарушения кровообращения;
2. Рецессия десны – истончение десневой ткани, приводящее к оголению
корня.

Пропиленгликоль (от 55 до 62%) –это бесцветная вязкая жидкость. Так как он разрешен в мире, то его используют в качестве пищевой добавки. Например, в составе кондитерских изделий, газировок, зубных паст и так далее. При нагревании этого вещества, образовывается густой пар. Вовремя курении он вытягивает влагу из органических тканей и структур. В результате

этого слюноотечение уменьшается, эмаль зубов и ротовая полость пересыхают. Образуются микротрещины. На фоне этого вещества возникают следующие осложнения:

1. истончение эмалевого слоя зуба;
2. кариес – инфекционное поражение твердых тканей зуба, приводящее к разрушению его структуры;

Глицерин (30-35%) – он входит в состав косметики, моющих средств, пищевой, медицинской промышленности, а также некоторые виды сладостей. Глицерин способен «вытягивать» воду из тканей живых организмов. Роль этого вещества в электронных сигаретах - создания густого пара. На фоне глицерина возникают следующие осложнения:

1. воспаление десен;
2. формирование пародонтальных карманов.

Ароматизаторы (2-4%) – используются для улучшения вкуса и запаха при курении. Их можно встретить в разных продуктах питания. Эти вещества при нагревании становятся вязкими. На фоне ароматизаторов возникают следующие осложнения полости рта, такие как зубной камень и грубый налет.

Вывод. Таким образом, по данным исследования- электронные сигареты, оказывают вредное влияние на стоматологический статус. Анализ состава показал, что электронные сигареты негативно влияют на состояние слизистой полости рта, зубов, слюнных желез, разрушая все живые ткани и приводя к плохим последствиям. Среди опрошенных студентов Медико-фармацевтического колледжа КГМУ, многие учащиеся говорили, что действительно у них часто происходит пересыхание слизистой оболочки полости рта, даже появляется кариес у тех, кто не употребляет в пищу сладкое, разрушается зубная эмаль, повышается ее чувствительность, вследствие чего начинают сильно болеть зубы.

Список литературы

1. Логинова, И.А. Неблагоприятные медико-социальные и психологические последствия использования электронных парогенераторов в подростково-

вом возрасте // Современные тенденции развития науки и технологий. - 2016. - №8-1. - 72-79 с.

2. Пелипецкая В.Б. Влияние курения электронных сигарет на развитие подростка // Академия профессионального образования -2017. - №4. - 61-70с.

3. Журавская Е.О. Вейпинг - безопасная альтернатива сигаретам или серьезный удар по организму? // Молодой ученый. - 2019. - №5. - 52-53 с.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Заманов Г.М.

*Научный руководитель – Луханина Е.М., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

«Здоровье человека – представляет полноценное физическое, духовное и социальное благополучие, а не только отсутствие болезни или физических дефектов» [5].

То есть здоровье человека – это не только хорошее самочувствие и отсутствие болезней, но, в первую очередь, это присутствие гигиенического мировоззрения и гигиенической культуры.

Взаимосвязь между здоровьем человека и его образом жизни проявляется в понятии здоровый образ жизни (ЗОЖ).

Здоровый образ жизни – важный фактор здоровья: он повышает трудовую активность, создаёт физический и душевный комфорт, активизирует жизненную позицию, защитные силы организма, укрепляет общее состояние, снижает частоту заболеваний и обострений хронических заболеваний.

«Пропаганда здорового образа жизни является одним из стратегических направлений гигиенического обучения и воспитания. Санитарное воспитание – важное направление в профилактической медицине. А гигиеническая культура представляется важнейшим ресурсом здоровья» [6].

При пропаганде здорового образа жизни используются методы:

- устной пропаганды;
- печатной пропаганды;
- наглядной (изобразительной) пропаганды;
- комбинированной пропаганды.

Наиболее эффективным считается метод устной пропаганды (лекции о ЗОЖ, индивидуальные и групповые беседы, консультации, конференции,

викторины и дискуссии, опросы, электронная рассылка информации). Медицинские работники регулярно участвуют в различных мотивирующих акциях, на всевозможных площадках читают лекции, приуроченные, например, ко Дню отказа от курения или другим тематическим праздникам.

«Профилактическая консультация может быть как индивидуальной, так и групповой, итогом ее являются рекомендации по улучшению качества здорового образа жизни» [3]. Профилактические консультации более эффективно проходят в группах, где создается атмосфера коллектива, снижается чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет обмена опытом между пациентами, примеров из их жизни и пр. И как следствие - усиливается действенность обучения.

Не менее действенным является метод печатной пропаганды (флаеры, листовки, буклеты, памятки, брошюры, санитарные стенные газеты, санитарные бюллетени), так как способен одновременно охватить большие слои населения. Например, в медицинских учреждениях, образовательных учреждениях (медицинские пункты, кабинеты врачей, школьные коридоры и рекреации в поликлиниках) используются специальные стенды («Уголок здоровья») для наглядной пропаганды здорового образа жизни. Наглядный материал, расположенный на стендах (плакаты, комплекты картинок, диаграммы, фотографии) информируют о важности соблюдения правил заботы о здоровье. Кроме того, в «уголках здоровья» могут располагаться муляжи и макеты, скульптуры, образцы животного и растительного мира.

Комбинированный метод – метод массовой пропаганды, при которой происходит одновременное воздействие на слуховые и зрительные анализаторы. На этом уровне население привлекается к крупномасштабным мероприятиям, например Месячникам, Дням по профилактике заболеваний и борьбе с факторами риска, театрализованным постановкам, санитарно-просветительским кинофильмам, телевизионным программам.

«Наряду с традиционными формами и методами, применяются современные формы работы: школы-семинары, образовательные программы, уроки здоровья, интерактивное обучение, телефоны доверия, горячие телефоны, тренинги, семинары-тренинги, обучение практикой действия, школы здоровья. В медицинских организациях могут проводиться социологические исследования, внедряться профилактические и оздоровительные программы» [2, с.201].

Интерактивное обучение подразумевает постоянное взаимодействие медицинского работника и потребителей информации, в процессе которого происходит взаимный обмен информацией, а действия разных участников образовательного процесса влияют друг на друга.

Семинар-тренинг – представляет активную форму усвоения знаний и навыков с опорой на последовательные упражнения.

Обучение практикой действия – опирается на использовании ролевых игр, проигрывании ситуаций, практические занятия, в ходе которых участник испытывает процесс изменения сложившегося мнения или стереотипа.

«Школы здоровья – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни, направленная на формирование у пациентов мотивации к сохранению своего здоровья и повышению ответственности пациентов за свое здоровье, как своей личной собственности» [2].

«Формула здоровья» представляет собой вариант научно обоснованного обращения к населению с чётким выделением весомости его собственного вклада в личное и общественное здоровье.

«Медико-гигиеническое воспитание – часть государственной системы здравоохранения, включающая распространение медицинских и гигиенических знаний, формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) и привитие населению гигиенических навыков с целью сохранения и

укрепления здоровья, повышения работоспособности и активного долголетия. Основной целью медико-гигиенического воспитания населения является формирование знаний и умений самостоятельно принимать решения по вопросам сохранения и укрепления здоровья» [2, с.12].

«Профилактика здорового образа жизни среди населения подразумевает: регулярное прохождение медицинских осмотров и диспансеризации; постоянный контроль артериального давления; отказ от курения и избегания нахождения в помещениях, заполненных табачным дымом; ограничение чрезмерного употребления алкоголя; осуществление контроля уровня холестерина и глюкозы; сохранение массы тела в пределах нормы; стремление и поддержка рационального питания; регулярное занятие физической активностью» [3].

Социальная помощь в сфере здорового образа жизни рассматривается как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья различных групп населения.

В настоящее время система здравоохранения направлена не только на лечение заболеваний, но, прежде всего, на охрану здоровья людей, так как здоровый образ жизни – главный критерий, определяющий состояние здоровья нации и каждого человека.

Таким образом, здоровый образ жизни, есть единство и согласованность трёх уровней жизнедеятельности человека: социального, психологического и биологического.

Список литературы

1. Абдурашитова, Ш. А. Пропаганда здорового образа жизни – одно из главных направлений гигиенического обучения и воспитания населения / Ш. А. Абдурашитова // Молодой ученый. – 2017. – № 7 (141). – С. 128-131. – URL: <https://moluch.ru/archive/141/39497/> (дата обращения: 29.02.2024).

2. Акт министерств и ведомств «Приказ Минздрава РФ от 16.07.2001 N 269 «О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав» (вместе с «ОСТ 91500.09.0003-2001. Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации.»)» от от 16 июля 2001 г. № N 269 // Официальный интернет-портал правовой информации. - 2001 г. - с изм. и допол. в ред. от 1 сентября 2001 года.

3. Глушанко, В.С. 3 46 Здоровый образ жизни и его составляющие: учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг, Р.Ш. Шефиев / Под ред. проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2017 . – 301 с.

4. Общее представление о здоровье // Бюджетное учреждение Чувашской Республики «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики URL: <https://shum-mmc.med.cap.ru/shkoli-zdorovjya/gastro-shkola/zdorovje-cheloveka-i-okruzhayuschaya-sreda/obschee-predstavlenie-o-zdorovje> (дата обращения: 02.03.2024).

5. Основы здорового образа жизни студентов // Vuzlit.com. Неспециальное физкультурное образование студентов URL: https://vuzlit.com/427354/osnovy_zdorovogo_obraza_zhizni_studentov (дата обращения: 29.02.2024).

6. Пропаганда ЗОЖ – важнейшее направление работы больницы // Медицинский портал Здоровая Чувашия URL: <https://www.med.cap.ru/press/2022/4/13/propaganda-zozh-vazhnejshee-napravlenie-raboti-bol9> (дата обращения: 29.02.2024).

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ - ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА

Зарудняя Ю.Д.

*Научный руководитель - Воробьева Е.Н., преподаватель
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», г. Воронеж*

На сегодняшний день проблема ВИЧ-инфекции остается крайне актуальной, так как число зараженных этим вирусом людей продолжает неуклонно расти как в России, так и за ее пределами. ВИЧ поражает клетки иммунитета, приводя к его постепенному ослаблению и увеличению риска различных инфекционных и онкологических заболеваний, в конечном итоге приводя к развитию СПИДа.

Одной из ключевых проблем в борьбе с этим заболеванием является отсутствие методов полного излечения, что делает особенно важным вопрос профилактики. По оценкам на 2023 год, в мире с ВИЧ живет около 38 миллионов человек. Для понимания уровня осведомленности о ВИЧ-инфекции мною было проведено социологическое исследование среди студентов и преподавателей ВБМК. Использовалась анкета, содержащая вопросы о путях передачи ВИЧ, возможности самодиагностики и необходимости специальных условий для ВИЧ-инфицированных людей. В опросе приняли участие 83 студента и 13 преподавателей.

Результаты исследования выявили значительные пробелы в знаниях студентов о профилактике и передаче ВИЧ, в то время как преподаватели демонстрировали более глубокие знания в этой области. Вопрос о необходимости отдельных условий для обучения или работы ВИЧ-инфицированных лиц отразил степень толерантности к данной категории людей, причем мнения студентов разделились пополам.

Рассматривая пути передачи ВИЧ, следует отметить, что вирус может передаваться через половой контакт, при использовании общих инъекционных принадлежностей, в результате переливания зараженной крови, от матери к ребенку во время беременности, родов, кормления грудью, при пересад-

ке инфицированных органов, а также через повреждённые кожные покровы и слизистые оболочки людей, контактирующих с кровью или некоторыми секретами больных ВИЧ-инфекцией. Эти пути подчеркивают важность профилактики и осведомленности о мерах защиты от ВИЧ [1].

Инфекция ВИЧ не способна передаваться в бытовых условиях, поскольку вирус не выживает во внешней среде и не обнаруживается в некоторых биологических жидкостях человека, например, в кале или моче. Так, контактные взаимодействия между людьми, такие как рукопожатия, объятия или касания, не представляют риска заражения. Также исключена передача вируса при общем использовании посуды или зубных щеток, а также через воздух при чихании или кашле. Отдельно стоит упомянуть возможность рождения здоровых детей у ВИЧ-инфицированных родителей.

Современные антиретровирусные препараты позволяют значительно снизить риск передачи ВИЧ от матери к ребенку до минимальных значений. Это актуально как для ситуаций, когда ВИЧ-инфекция обнаружена только у одного из родителей, так и когда оба родителя живут с этим диагнозом. Важно строго придерживаться назначенной антиретровирусной терапии и следовать всем рекомендациям врача для достижения низкой вирусной нагрузки, что значительно снижает вероятность заражения ребенка [3].

Без применения профилактических мер риск передачи вируса от матери к ребенку может варьироваться от 20% до 80%, в то время как адекватная терапия и профилактика снижают его до 1-2%. ВИЧ плохо проникает через плаценту, поэтому риски заражения на ранних сроках беременности невелики, однако начать прием антиретровирусных препаратов рекомендуется как можно скорее. В случае беременности, несмотря на потенциальные риски, преимущества антиретровирусной терапии для предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку значительно превышают возможные негативные последствия. Важно учитывать, что риски связаны не только с самими препаратами, но и с возможными побочными эффектами их приема, особенно во

время беременности. В таких случаях крайне важно тщательное медицинское наблюдение и корректировка терапии врачом [2].

Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проходит несколько ключевых этапов в своём развитии:

1. **НАЧАЛЬНЫЙ ОСТРЫЙ ПЕРИОД С ЛИХОРАДКОЙ** - стадия без явных симптомов, а затем переходит в завершающую фазу, известную как СПИД или синдром приобретённого иммунного дефицита. В начале, примерно через один-два месяца после заражения ВИЧ, у 50-70% инфицированных проявляется острая реакция, которая может включать симптомы вроде боли в горле, повышения температуры тела до незначительных показателей, расстройства желудка, включая диарею и рвоту, боли в суставах, а также возможно появление сыпи на коже. У оставшихся людей этот период может протекать без заметных проявлений, сразу переходя в следующую фазу.

2. Следующая стадия - **БЕССИМПТОМНАЯ** - может продолжаться в течение многих лет, до десяти лет у половины инфицированных. В этот период заметных симптомов болезни может не быть, однако в некоторых случаях наблюдается увеличение лимфоузлов. Скорость перехода к следующей стадии определяется активностью размножения вируса.

3. Завершающая стадия - **СПИД**, характеризуется активизацией различных микроорганизмов, которые обычно находятся в организме в неактивном состоянии. В этот период наблюдаются серьёзные симптомы, включающие значительную потерю веса, стоматит, частые герпетические инфекции, волосатую лейкоплакию в области рта, опоясывающий лишай, снижение уровня тромбоцитов в крови, что приводит к геморрагической сыпи, учащённые заболевания верхних дыхательных путей, увеличение лимфоузлов и ночную потливость. Помимо этого, снижение зрения и дальнейшая потеря веса, превышающая 10%, могут сопровождаться развитием других инфекций, таких как лимфома, повышенная температура, диарея, гельминтозы, туберкулёз, токсоплазмоз и саркома Капоши, что указывает на переход болезни в наиболее тяжёлую стадию.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ФАЗА (терминальная): характеризуется необратимыми нарушениями, терапия не приносит результатов. Уровень Т-лимфоцитов помощников (CD4-клетки) опускается до отметки менее $0,05 \times 10^9/\text{л}$, и часто смерть наступает спустя несколько недель или месяцев после начала этой фазы. У людей, страдающих наркоманией и употребляющих наркотики на протяжении длительного времени, показатель CD4 может быть близок к норме, однако они сталкиваются с быстрым развитием серьезных инфекционных осложнений (абсцессы, воспаления лёгких и прочее), что нередко приводит к смертельному исходу [4,5].

В наше время появились терапевтические подходы, которые дают возможность человеку с ВИЧ вести полноценный образ жизни и дожить до преклонных лет, умереть может быть от простого заболевания. Полностью избавиться от ВИЧ пока что невозможно, однако существуют способы его контролировать. Это требует постоянного приема определенных медикаментов и предосторожностей для предотвращения заражения окружающих, что в противном случае может влечь за собой юридические последствия. Жизнь с ВИЧ не является простой. ВИЧ становится постоянным спутником зараженного. С этим вирусом, как и с многими другими хроническими заболеваниями, можно бороться, но полностью излечиться невозможно. Однако это не означает, что лечение бессмысленно. Современная антиретровирусная терапия эффективно сдерживает развитие ВИЧ и не дает ему перейти в стадию СПИДа. Принимая лекарства, направленные на подавление вируса, человек способен ощущать себя здоровым. Поэтому крайне важно своевременно обнаружить инфекцию, обратиться к специалисту и начать необходимое лечение.

Наше мнение о том, что люди недостаточно информированы о путях распространения заболевания и мерах его профилактики нашло свое подтверждение в исследовании. Опрошенные часто проявляли неосведомленность в вопросах о возможных путях заражения ВИЧ-инфекцией.

Для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции наиболее действенным путем, на наш взгляд, является только профилактика, основанная

на знании особенностей самого вируса, а также путей его передачи. Поэтому, важнейшие аспекты профилактики ВИЧ-инфекции — пропаганда здорового образа жизни.

По результатам исследования мы пришли к выводу, что необходимо проведение профилактической работы среди студентов ВБМК, что приведет к сохранению их здоровья. Получив необходимые знания, молодые люди перестанут бояться общения с ВИЧ-инфицированными, приобретут уверенность в завтрашнем дне и в борьбе с таким серьезным заболеванием как СПИД.

Список литературы

1. ВИЧ / СПИД сегодня и рядом. Пособие для людей, принимающих решения / ред. Н. А. Беляков, А. Г. Рахманова. – Санкт-Петербург : Балтийский медицинский образовательный центр, 2022. – 92 с.: Библиогр.:с. 90-92.
2. Паренкова И.А. ВИЧ-инфекция у беременных и детей Тверской области в условиях выхода из демографического кризиса / И.А. Паренкова, В. Ф. Коколина, Г. В. Фролова [и др.]. Верхневолжский медицинский журнал. – 2010 . – № 1 . – С. 32 - 34 .
3. Молодежь против СПИДа и наркотиков: материалы республиканской межвузовской студенческой научно-практической конференции / Пермский гос. мед. ун-т . – Пермь : Пермский гос. медицинский ун-т, 2014 . – С.245
4. Сайт Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом // режим доступа: <http://www.hivrussia.ru>
5. Сайт Московского Городского Центра профилактики и борьбы со СПИДом // режим доступа: http://www.spid.ru/spid/ru/hiv_aids_prevention

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ АСПЕКТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

*Затенацкая А.В., Легезина В.В.
Научный руководитель – Луханина Е.М., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

«Медицина призвана сохранять здоровье, лечить болезни, продлевать жизнь людей. Вместе с тем гуманизм ее заключается в том, чтобы сделать жизнь каждого человека активной, сохранить его трудоспособность. В последние годы в отечественном здравоохранении успешно развивается новое научное и практическое направление – реабилитация пациентов и инвалидов. Важное место в медицинской реабилитации отводится кинезотерапии, которая служит методом общей, активной, функциональной, компенсаторной, поддерживающей терапии» [3].

«Медицинская реабилитация – система мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию функций организма, утраченных в результате болезни или травмы. Медицинская реабилитация является составной частью реабилитации (от позднелат. *rehabilitatio* – восстановление) – активного процесса, целью которого является достижение полного восстановления функций, нарушенных вследствие заболевания или травмы, либо (если это невозможно) оптимальное использование физического, психического и социального потенциала инвалида, его наиболее адекватная интеграция в общество (ВОЗ, 1980)» [1].

«Согласно определению экспертов ВОЗ и Международной организации труда (МОТ), реабилитация – это комбинированное использование медицинских, социальных и профессиональных мер с целью обучения или переобучения инвалидов для достижения более высокого уровня функциональных возможностей.

Таким образом, реабилитация представляет собой процесс, задача которого – предотвращение инвалидности в период лечения болезни и в значи-

тельной мере предупреждение осложнений и ухудшения состояния здоровья» [3].

«Реабилитация является неотъемлемой частью всеобщего охвата услугами здравоохранения наряду с укреплением здоровья, профилактикой заболеваний, лечением и паллиативной помощью.

Реабилитация помогает детям, взрослым или пожилым людям быть максимально автономными в повседневной жизни и позволяет им получать образование, работать и заниматься досугом, а также выполнять важные функции, такие как забота о семье.

По оценкам, в настоящее время около 2,4 миллиарда человек в мире страдают заболеваниями, при которых показана реабилитация.

Согласно прогнозам, в связи с изменениями в области здоровья и социально-демографических характеристик потребности в реабилитации во всем мире будут расти. Так, увеличение продолжительности жизни сопровождается увеличением бремени хронических заболеваний и инвалидности» [6].

«Развитие восстановительной медицины, регулярное ее усовершенствование, поэтапный подход к решению проблемы привело к появлению ее разных видов. Благодаря этому пациента поддерживают не только во время терапии, но и помогают ему адаптироваться к жизни в социуме.

Реабилитация классифицируется в соответствии с поставленными целями, задачами и применяемыми методиками. Различают следующие виды восстановительного лечения:

- медицинская реабилитация;
- физическая;
- психологическая;
- социально-бытовая;
- профессиональная» [2].

«Медицинский аспект реабилитации представляет собой комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и развитие физиологических функций больного, на выявление его компенсаторных возможно-

стей с тем, чтобы обеспечить в дальнейшем условия для возвращения его к активной самостоятельной жизни. Этот аспект реабилитации связан с лечебными мероприятиями на протяжении всего периода наблюдения за больным и включает в себя вопросы наиболее ранней госпитализации, назначения медикаментов, а позже – после возвращения больного к трудовой деятельности – организации активного диспансерного наблюдения и систематического профилактического лечения, включая меры вторичной профилактики.

Физический аспект реабилитации направлен на восстановление физической работоспособности больных, что обеспечивается своевременной и адекватной активизацией больных, ранним назначением лечебной гимнастики, затем ЛФК, дозированной ходьбы, а в более позднем периоде – физических тренировок.

Психологический аспект реабилитации. Изучение характера и выраженности психических нарушений, нередко развивающихся при различных заболеваниях, и своевременная их коррекция – одна из задач этого аспекта реабилитации.

Профессиональный аспект реабилитации. Вопросы трудоустройства, профессионального обучения и переобучения, определение трудоспособности больных составляют предмет профессионального аспекта реабилитации.

Социально-экономический аспект реабилитации включает вопросы взаимоотношений больного и общества, больного и семьи, пенсионного обеспечения» [7].

«Активное участие в деятельности отделения медицинской реабилитации принимает средний медицинский персонал.

Задачами медицинской сестры являются:

- подготовить пациента к лабораторным и инструментальным обследованиям по назначению врача;
- выполнять назначения врача по лечению, уходу и профилактике осложнений у пациентов;
- выявлять проблемы пациента и грамотно их решать;

-обучать родственников пациентов принципам ухода и общения» [5].

«Работа с больными при длительной и стойкой потере трудоспособности требует особой деликатности, душевной теплоты, внимания и профессиональной подготовки медицинских работников.

Медицинские сестры кабинетов физиотерапии, массажа, инструктора лечебной физкультуры, бытовой реабилитации, трудовой трудотерапии являются непосредственными исполнителями назначений врача и в своей работе руководствуются его методическими указаниями.

Палатные медицинские сестры, кроме выполнения лекарственных назначений, ведут контроль за своевременным прохождением больными физиотерапевтических процедур, занятий в кабинетах бытовой реабилитации и трудотерапии, лечебной физкультуры, массажа.

Кроме этого, палатные медицинские сестры должны обеспечить нормальный микроклимат в палатах, в отделении, объяснить больным необходимость скрупулезного выполнения комплекса медицинской реабилитации» [4].

Список литературы

1. Библиография Медицинская реабилитация [Электронный ресурс]: учебник / Г. Н. Пономаренко – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431344.html>
2. Виды современной реабилитации – Klinken Schmieder Дата публикации: 2022 [Электронный ресурс]: <https://kliniken-schmieder.ru/vidy-reabilitacii/>
3. Медицинская реабилитация: учебное пособие / С. С. Василевский, Л. А. Пирогова, В. В. Бут-Гусаим [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2022. – ISBN 978-985-595-742-4.— Текст: электронный// Лань: электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/306557> – С. 9.
4. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация: учеб. для мед. вузов / Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 360 с.

5. Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: Учебник / С.Н. Попов. – М.: Academia, 2021. – 96 с.
6. Реабилитация Дата публикации: 30.01.2023 [Электронный ресурс]: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
7. Роль медсестры в реабилитации больных терапевтического профиля. Глава XVI. Дата публикации: 09.05.2015 [Электронный ресурс]: <https://studfile.net/preview/3590938/page:73/>

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ

Затолокина О.О.

*Научный руководитель – Дятчина Н. Г., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Казалось бы, медицина сделала за последние десятилетия большой шаг вперёд, но диагноз инсульт по-прежнему для многих звучит как приговор. Сосудистые заболевания головного мозга привлекают внимание учёных всего мира. Это напрямую связано с их распространённостью, высокой летальностью, ограниченностью в движении десятков тысяч людей молодого и среднего возраста, что и делает эту проблему не только медицинской, но и социальной [2,1]. В России ежегодно инсульт случается первично у более чем 400 тыс. людей, причём наблюдается тенденция к росту количества случаев. Наряду с увеличением количества зафиксированных случаев, фиксируется явное снижение числа смертельных исходов. По сравнению с 2008 г. оно снизилось почти в два раза. Наблюдается увеличение темпов снижения смертности. В 2015 г. это было 2,0%, в 2016 – 3,7%, в 2017 – 5,5%.

По оперативным данным Минздрава, за 10 месяцев 2020 г. наблюдается увеличение процента смертельных случаев на 6,6% по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. от болезней кровообращения. Умерло 818 тыс. человек, показатель смертности на 100 тыс. населения составил 620,7 смертей. Причинами роста в Минздраве называют инфекционные заболевания, в т. ч. COVID-19, которые повлияли на тяжесть течения ССЗ. [3]

Актуальность проблемы состоит в том, что в связи с увеличением патологий кровообращения, увеличивается потребность в комплексном уходе за пациентом, при этом уход за больными для каждого индивидуален и медицинским работникам приходится искать и подбирать новое попечительство. Проблемы диагностики, лечения и профилактики патологий мозгового

кровообращения носят значительный вид в взаимосвязи с большим увеличением заболеваемости из числа населения юных и средних возрастов в последние года, в связи с настоящим регулярно расширяется сестринский уход за пациентам с данной патологией.

Цель и задачи исследования: изучить роль медицинской сестры в повседневной жизни больных инсультом.

Материалы и методы исследования: социологический опрос по специально-разработанной анкете; статистическая обработка данных, ранжирование.

Результаты исследования.

В опросе приняли участие 140 пациентов ОБУЗ «Солнцевское ЦРБ» неврологического отделения, среди которых 79 (56%) мужчин и 61 (44%) женщина при этом их возраст ранжируется от 35 до 80 лет.

На вопрос «Как вы бы оценили ваше здоровье на данный момент?» 60 (43%) респондентов оценили, как посредственное, 26 (19%) хорошее, 23 (16%) хорошее, 31 (22%) отличное. Исходя из данных, мы можем увидеть, что на момент полного выздоровления пациенты оценивают своё здоровье как удовлетворительно.

На вопрос «При выполнении таких физических нагрузок как: бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта, ограничивает вас ваше нынешнее состояние здоровья?» ответы распределились следующим образом: 75 (54%) пациентов: да, значительно ограничивает; у 38 (27%) пациентов: немного ограничивает; и 27 (19%): совсем не ограничивает. Исходя из представленных данных на, мы можем сказать, что пациентам при выполнении таких физических нагрузок как: бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта, значительно ограничивает их нынешнее состояние здоровья. «Пришлось ли вам сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела?» 103 (74%) пациента ответили «да», 37 (26%) ответили «нет», это свидетельствует о том, что пациентам пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела, в связи с какими-

либо утраченными функциями организма. «Выполняя свою работу и другие дела, замечали ли вы что справлялись с ней не так аккуратно, как раньше?» 103 (74%) пациента ответили «да», 37 (26%) ответили «нет», исходя из данных видно, что пациенты порой испытывают дискомфорт выполняя свою работу и другие дела, рассматривая со стороны потери внимания и аккуратности за своими действиями. На вопрос «Кто за вами вёл постоянный уход на время течения болезни?» 52 (36%) респондента ответили, что это были медицинские сестры, поскольку все аспекты обучения и реабилитации полностью ложились на их плечи. Респонденты также подчеркнули, что на момент лечения, благодаря проводимому медицинскими сестрами обучению: по использованию эргономическими приспособлениями, по профилактике против пролежней (где применяются против пролежневые матрасы), по обеспечении самого респондента самостоятельно питаться и использовать самостоятельно средства гигиены, им это очень помогло при полном выздоровлении и данные советы они используют по сей день, 36 (25%) отметили, что это были родственники и члены семьи, 7 (5%) пациентов ответили, что это был врач, имея в виду назначенные препараты; и 48 (34%) респондентов утвердили, что в уходе участвовала команда из врача медицинской сестры и родственников.

Вывод. После проведённого опроса и отдельной беседы с пациентами мы отметили, что в основном за всю помощь по уходу и реабилитации, за поддержку эмоционального состояния, пациенты и их семьи благодарны медицинским сёстрам, так как весь уход за больным выполняли медсестры на всем пути восстановления. В таких случаях одной из главных ролей медицинской сестры – это обучение пациентов и членов их семей конкретным навыкам само- и взаимоухода, уходу за больными родственниками, приёму лекарств, правилам подготовки к исследованиям, рациональному питанию, умению выбирать адекватную физическую нагрузку.

Список литературы.

1. Островская, И. В. Организация специализированного сестринского ухода. Практикум : учебное пособие / под ред. И. В. Островской. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-6858-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468586>
2. <https://karpov-clinic.ru/articles/nevrologiya/11053-narusheniya-mozgovogo-krovoobrascheniya-simptomu-lechenie-ostrogo-khronicheskogo.html>
3. <https://rusind.ru/statistika-smernosti-ot-insulta-v-rossii.htm>

ТОНИЗИРУЮЩИЕ (ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ) НАПИТКИ – ВСЯ ЭНЕРГИЯ ТОЛЬКО БЛАГОДАря САХАРУ

Ивлева О.А.

*Научный руководитель - Жабо Ю.В., преподаватель
ГПОУ «Тульский областной медицинский колледж», г. Тула*

В России рынок энергетических напитков (энерготоников) стал формироваться в конце 90-х годов XX века и до сих пор является одним из динамично развивающихся рынков. Основной аудиторией употребления энерготоников является молодёжь. Согласно исследованию Научно-исследовательского центра социально-политического мониторинга РАН-ХиГС доля потребителей энерготоников выросла за последние 10 лет. В 2013 году тонизирующие напитки употребляло 16,6% населения РФ, а в 2023 г. – уже 22,8%. Следовательно, доля тех, кто вообще не употреблял, снизилась до 77,2% с 83,4. В гендерном разрезе - мужчины практически в 2 раза чаще женщин употребляют энергетики (32,4% против 14,8%). Также авторы исследования указывают, что чем моложе респонденты, тем чаще они потребляют такие напитки.

Объект исследования: тонизирующие напитки, такие как кофе, энергетики и чай.

Предмет исследования: влияние тонизирующих напитков на сердечно-сосудистую систему.

Цель: изучение состава тонизирующих напитков и их влияние на организм молодежи.

Задачи:

- изучить литературные источники об энергетических напитках и их влиянии на организм человека;
- изучить химический состав энергетиков;
- провести анкетирование среди студентов ГПОУ «ТОМК»;
- провести эксперимент.

Гипотеза: тонизирующие напитки не оказывают отрицательного воздействия на сердечнососудистую систему молодежи при умеренном употреблении.

Методы исследования:

- изучение литературных данных;
- эксперимент;
- наблюдение;
- анкетирование.

Обратимся к истории. Люди издавна себя взбадривали. Самым популярным энергетиком был кофеин. Его источником был - кофе (Индия, Ближний Восток), чай (Индия, Китай, Юго-Восточная Азия), лисья руараны, бобы какао (Америка), женьшень (Япония), элеутерококк, радиола розовая и др.

Появление современных энергетиков связано с именем австралийского предпринимателя Дитера Матешитца, когда в 1987 году появился первый безалкогольный энергетический напиток «Red Bull Energy Drink». Напиток быстро стал популярным и «Coca-Cola» и «Pepsi Cola» включились в борьбу за потребителя выпустив свои марки – "Burn" и "Adrenaline Rush"

По итогам 2021года в 5-ку популярных энергетических напитков входят: RED BULL, MONSTER ENERGY BLACK ULTRA, BURN, ADRENALINE RUSH, SOLAR POWER. Спрос на которые только за первую половину 2022 года вырос на 40%.

Причинами столь высокой популярности является не столько привлекательный внешний вид, вкусовые качества, относительно невысокая стоимость, сколько быстрое действие на организм человека, всплеск умственной и физической активности. Рецепт и состав энергетиков варьируется, но 4 основных элемента остаются неизменными: тонизирующие компоненты (кофеин), углеводы (сахароза, глюкоза, сахарозаменитель), аминокислоты и витамины группы В. С целью реализации одной из поставленных задач, была произведена закупка энергетических напитков в сети магазинов «Магнит» и изучен химический состав.

Кофеин это вещество, которое стимулирует нервную систему, повышает артериальное давление, ускоряет частоту сердечных сокращений, за счёт выброса дофамина улучшается общее настроение и самочувствие. Согласно национальному стандарту РФ «Напитки безалкогольные тонизирующие» - ГОСТ Р 52844-2007[1] количество кофеина строго определено, а именно не более 400мг/л. Безвредная норма для взрослого человека составляет 400 мг в сутки, дети от 10 до 12 лет – 85мг., подростки старше 13 лет – 2,5 мг на 1 кг. массы тела. Практически во всех (8 из 9) энергетиках содержание кофеина = 30мг/100 мл, следовательно, выпивая 1 банку (500 мл) потребляется 150 мг. кофеина.

2-ой важный компонент – аминокислоты (L-карнитин и таурин) Карнитин синтезируется в организме, а также участвует в липидном обмене, помогает восстановить силы после тяжелых нагрузок. Таурин - серосодержащая аминокислота, используется для кардиотропного воздействия (учащение сердцебиения, увеличение выработки норадреналина).

Витамины группы В - чаще все это В6 и В12. Правда улучшить здоровье за их счет не получится, т.к. синтетические витамины плохо усваиваются и содержатся они в энергетиках в очень малых дозах. А нужны они в качестве преобразователей сахара в энергию.

А теперь самый важный компонент энергетика – углеводы (глюкоза, сахароза, фруктоза), которые и служат источником энергии. Сами по себе тонизирующие напитки не имеют источников энергии, кроме сахара (это быстрый углевод, а действие энергетика длится от 3-6 часов). Он достаточно быстро всасывается в кровь, что вызывает резкий запуск окислительных процессов, и энергия так же быстро поступает к мозгу и другим органам, тканям.[3] Содержание сахара в анализируемых напитках от 11 до 15 гр. на 100 мл., значит в 500 мл напиток содержится от 55 до 75 гр., что соответствует 11-15 кусочкам рафинада!!!

В четырех (Hot cat - 0, Double You – 4,5, Burn zero sugar – 1, Drive – 4,2) из девяти напитках показатели сахара равнялись или 0 или были очень низ-

кими по сравнению с другими энерготониками. Это объяснялось содержанием сахарозаменителей (E952, E951, E950, E954, E955) искусственного происхождения, безопасного для употребления в малых дозировках и использования в процессе производства пищевых продуктов.

Так как в различных источниках содержатся противоречивые данные: одни в рекламе утверждают, что энергетик придаст силы и поможет справиться с нагрузкой и стрессовой ситуацией; другие приводят аргументы о вреде и пагубных последствиях злоупотреблениях напитков; был проведен эксперимент, в котором приняло участие 10 человек. Добровольцы в течении 4 дней пили разные тонизирующие напитки (энергетик Burn Energy, кофе-американо Botanica с 1 пакетиком сахара – 5 гр., растворимый кофе Nescafe 3 в 1, чай черный Tess с 1 пакетиком сахара – 5 гр.) до и после измеряя давление и пульс. Все измерения проводились с помощью механического тонометра ZP- 800-01. Определим порог существенности - 5% от начального уровня АД, Ps.

А так же с целью определения отношения к энергетическим напиткам было проведено анонимное анкетирование с использованием онлайн-платформы Yandex, в котором приняло участие 30 человек.

Проанализировав полученные результаты, было выявлено:

1. У двоих добровольцев уровень АД по верхней границе нормы, что уже настораживает, так как им по 18-19 лет. И они входят в группу риска развития ССЗ в молодом возрасте.

2. Из 10 человек, только у одной девочки давление повысилось более чем на 5% при употреблении как энергетического напитка, кофе-американо, так и черного чая, при этом пульс не превышал порога в 5%. У остальных участников эксперимента повышение АД и Ps не наблюдалось.

3. Сравнительный анализ количества кофеина, таурина и сахара в тонизирующих напитках показал, что кофеина больше всего в молотом кофе (81 мг/100 мл), а меньше всего в энергетических напитках (30 мг /100 мл). Таурина больше всего в энерготониках (130 мг – 240 мг/100 мл). Углеводов

значительно больше оказалось в растворимом кофе от Nescafe (70 мг/100 мл), именно после него у ребят был большой прилив бодрости и улучшения настроения.

4. Анкетирование выявило, что только около 20% респонденты никогда не пробовали энергетики, 42% отказались от употребления энергетиков за последние полгода, 32% умеренно употребляют (1-3 банки в неделю).

5. 50% респондентов обращают внимание на состав энергетиков, предпочитая напитки без сахара, в гендерном разрезе это представительницы прекрасного пола. Около 40% опрошенных уверены, что энерготоники вредны для здоровья.

6. Среди причин употребления энергетических напитков выделяют следующие: вкус (34%), поддержка бодрости и энергии (30%), замена газированным напиткам (14%), восстановление после тренировок (5 %) и другие.

Проведя исследование, изучив научно-популярную литературу, находящуюся в открытом доступе, можно сделать следующий вывод, энергетические или тонизирующие напитки были, есть и будут. В жизни каждого человека наступают моменты, когда они бывают очень нужны, возьмем, например, водителей- дальнобойщиков, людей, работающих сутками (медики), студентов, которым нужно за ночь подготовиться к сессии. От одной порции уйдет сонливость, повысится внимание, выносливость, скорость реакции. В таких ситуациях энерготоник удобен. Последние исследования доказали, что употребление в разумных мерах кофеина, таурина и пр. безопасно. Поэтому соблюдайте простые правила и будьте здоровы:

1. Не злоупотребляйте.
2. Выбирайте натуральное.
3. Смотрите состав.

Считаю гипотезу доказанной.

Список литературы

1. Национальный стандарт Российской Федерации «Напитки безалкогольные тонизирующие» — ГОСТ Р 52844-2007

2. Резник Н.Л. Напиток специального назначения / Н.Л. Резник // Научно-популярный журнал: hij.ru – 2013 - №2 - <https://hij.ru/read/2133/?ysclid=lshik158k853032095> (дата обращения: 10.02.2023).

3. Комаревцев Н. «Жидкая батарейка»: чем живет рынок газированных энергетических напитков – актуальная ситуация и перспективы развития / Н.Комаревцев // Бизнес-журнал: new-retail.ru – 2022 - https://new-retail.ru/business/zhidkaya_batareyka_chem_zhivet_rynok_gazirovannykh_energeticheskikh_napitkov_aktualnaya_situatsiya_i/?ysclid=lshkv14ewn425372248 (дата обращения: 10.02.2023).

4. Маслова А. 20 лучших энергетических напитков / А.Маслова // expertology.ru – 2021 - <https://expertology.ru/luchshikh-energeticheskikh-napitkov/> (дата обращения 11.02.2024)

5. Российский рынок энергетиков // Журнал «Продвижение продовольствия. Prod&Prod » - 14.02.2012 - https://www.marketing.spb.ru/mr/food/energy_drink.htm?ysclid=lshiinx2t842094085 (дата обращения 11.02.2024)

6. Серченко О.Г. Сколько энергетиков можно выпить в день без вреда для здоровья / О.Г. Серченко // журнал: uteka.ru – 06.11.2023 - <https://uteka.ru/articles/zdorove/skolko-energetikov/?ysclid=lshjvpgei3518539135>

7. Косарева О. В. Оценка распространённости и мотивы потребления энергетических напитков среди подростков и молодежи / О.В. Косарева //образовательный вестник «Сознание»:cyberleninka.ru – 2011-
<https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-rasprostranennosti-i-motivy-potrebleniya-energeticheskikh-napitkov-sredi-podrostkov-i-molodezhi?ysclid=lsi08gl42t783649431>

ПРОБЛЕМА ЛЕВОРУКОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА

*Инякова В.В., Щепихина А.П.
Научный руководитель - Тимошина Т.А., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Левшой называют человека, предпочтительно использующего левую руку во всех сферах жизни, нежели правую. По последним оценкам, примерно 90% населения Земли используют правую руку, она является доминантной и издавна считается таковой в человеческой культуре; 10% — левши, хотя разные исследования дают разброс от 9 до 18%. Ранее такое явление являлось патологией, всех людей, страдающих леворукостью «переучивали», активно заставляя работать правой рукой. В наше время быть левшой нормально, но, конечно, из-за преобладания правшей в нашем мире все подстроено под них. Эта проблема будет еще долго оставаться актуальной, поэтому людям с леворукостью труднее жить, ведь во многом они вынуждены подстраиваться и выполнять действия менее активной рукой - правой.

Среди врачей и медперсонала также присутствуют левши. Эти люди могут столкнуться с неудобствами в работе из-за своей особенности, так как их действия отличны от медиков-правшей.

Актуальность: леворукие студенты медико-фармацевтического колледжа, обучающиеся на отделении Сестринское дел, будущие медработники могут столкнуться с трудностями на практике в больницах: проведение манипуляций, инъекций, работа с пациентами.

Цель работы: выяснить, влияет ли леворукость на процесс обучения и с какими проблемами сталкиваются леворукие студенты медико-фармацевтического колледжа.

Леворукость - активность и преимущественное использование левой руки, которое основывается на наследственной или вынужденной ведущей функциональности.

Левшам во все времена жилось сложно. До конца XX века общество пыталось бороться с этим «отклонением»: детей в школах били по рукам, заставляли писать только правой рукой. Всё это плохо сказывалось на психическом состоянии, возникали психосоматические и неврозоподобные состояния. Но спустя век общество признало их право на индивидуальность. В настоящее время ежегодно 13 августа празднуют день левшей.

На Руси леворуким не доверяли. Левая рука считалась порождением Чернобога. Это древнейшее славянское божество было символом зла, обмана. Левши у славян считались колдунами и ведьмами. А правшам оказывали уважение и доверие. Правую руку называли «десницей». Это слово и сейчас употребляется в книгах религиозного содержания. Так же десницей называли человека, который пользовался безграничным доверием.

Даже Пётр I считал их подозрительными. Православные люди крестятся только правой рукой. Если в храме касаться предметов левой рукой, то они считаются оскверненными.

Но благодаря писателю Николаю Лескову, людей с такой особенностью перестали воспринимать как неумех. Но левши и раньше это доказывали. Самые известные: Леонардо да Винчи, Микеланджело Буонаротти, Моцарт, Бетховен, Наполеон и др.

Есть различные причины леворукости, от которых может зависеть развитие тех или иных качеств у человека:

1. Наследственность. Если оба родителя правши, то вероятность рождения левши составляет 2%, если один из родителей левша — 17%, если оба родителя являются левшами — 46%.

2. Стресс, который плод получает в пренатальный период, или последствие родовых травм головного мозга. В дальнейшем это может сказаться на психическом здоровье.

3. Вынужденная или приобретенная леворукость. Выбор левой руки связан, вероятно, с травмой правой руки, переломом, но может быть и результатом подражания родным или друзьям.

4. «Переучивание» в процессе обучения. Леворукость нельзя изменить по своему решению, так как любое вмешательство, особенно в раннем возрасте, приводит к непредсказуемым результатам, которые могут проявиться не сразу, а через несколько лет.

У левши межполушарные взаимодействия формируются намного позже, чем у правши, оба полушария более самостоятельны по своей работе. Наверно, именно поэтому левши находят, с одной стороны, большие творческие способности, а с другой - более замедленное развитие навыков деятельности, которые требуют взаимодействия обоих полушарий.

О личностных особенностях леворуких детей можно сказать, что они эмоциональны, мечтательны, с яркими фантазиями и воображением, полагаются на интуицию, больше следуют чувству, чем рассудку, медленно усваивают нормы поведения.

Леворукие дети очень робкие, ведут себя спокойно, ждут к ним обращения, сами не вступают в разговор первыми. Отрицательно относятся к тому, что им мешает сосредоточиться, не любят, когда их отвлекают, у них снижена работоспособность и повышена утомляемость. Им трудно работать в больших группах со строго отрегулированными условиями и подчинением.

Левши используют особую стратегию обработки информации, аналитический стиль познания, что показывается в замедленном понимании связей между частями целого.

У большинства левшей наблюдаются недостаточность развития зрительно-пространственного восприятия, зрительной памяти и зрительно-моторных координаций.

Для того, чтобы узнать о леворуких студентах МФК КГМУ, мы провели анкетирование среди студентов 1 курса отделений Сестринское дело и Лечебное дело.

Всего было опрошено около 150 человек, среди которых 7,5% - левши, 6,8% - амбидекстры и остальные 85,7% - правши. Почти 25% студентов отметили, что в их семьях встречалась леворукость. Опросив левшей нашего колледжа, мы выяснили, что всего лишь приблизительно 5% пытались переучить в школе. На оставшиеся вопросы, связанные с трудностями данной особенности, многие леворукие студенты ответили, что с серьезными проблемами они не сталкивались, лишь с незначительными: сидеть за одной партой с правой с правой стороны, неудобство использованием некоторыми канцелярскими принадлежностями, бытовыми предметами.

На основе ответов студентов-левшей медико-фармацевтического колледжа можно сформировать следующие рекомендации для леворуких обучающихся с целью улучшения условий учебного процесса: в аудитории леворукий студент должен сидеть слева и как можно левее от доски, использовать специальные ручки для левшей, тетрадь должна лежать с наклоном вправо.

Но некоторые будущие и молодые медработники отметили, что манипуляции обучают делать правой рукой, многие пациенты опасаются, что укол им будет делать леворукий специалист, но опять же они прекрасно справляются с поставленной задачей. Также, прочитав некоторые исследования из Интернет-источников, многие отмечают, что медсестры-левши более успешны в сестринской практике, чем медсестры-правши.

Исходя из нашей работы и проведенного анкетирования среди студентов медико-фармацевтического колледжа можно сделать вывод, что леворукость – это не проблема в обучении медицинской профессии и дальнейшей работе медсестрой. Левши способны успешно адаптироваться к учебному процессу и выполнять те же манипуляции, что и правши. Многие профессиональные врачи, работники среднего медперсонала и студенты медицинского колледжа, родившиеся леворукими, отмечают, что их левшество не создает особых трудностей для оказания медпомощи своим пациентам, поэтому проблема леворукости – не такая уж и «проблема».

Список литературы

1. Бакушкина Т.А. ЛЕВОРУКОСТЬ: НОРМА, АНОМАЛИЯ ИЛИ УНИКАЛЬНОСТЬ? //Редакционная коллегия. – С. 148.
2. Бражникова А.В. ЛЕВОРУКОСТЬ-ПРОБЛЕМА? //ИЗВЕСТИЯ. – №. 4. – С. 41-44.
3. Халиков П.Х. и др. ЛЕВОРУКОСТЬ–КАК ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК //Universum: химия и биология. – 2023. – №. 10-1 (112). – С. 9-11.
4. Широкова И.В. Психологические аспекты леворукости: понятие, причины, особенности //Комплексные исследования детства. – 2019. – Т. 1. – №. 1. – С. 73-79.
5. Семенович А. Эти невероятные левши. – Litres, 2018.
6. Сергиенко Е.А., Дозорцева А.В. Функциональная асимметрия полушарий мозга //Функциональная межполушарная асимметрия: хрестоматия. М.: Научный мир. – 2004. – С. 219-57.
7. Костылева А.С. Особенности развития психических процессов у левшей //Наука современности: проблемы и решения. – 2019. – С. 73-77.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Калачева А.А.

*Научный руководитель – Комарова М.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, гипертоническая болезнь - самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. В мире 25% людей старше 40 лет страдают гипертонической болезнью. С возрастом их число неуклонно возрастает. Среди мужчин гипертоническую болезнь чаще регистрируют в возрасте до 50 лет, среди женщин - после 50 лет.

Несмотря на многочисленные доказательства того, что гипертоническая болезнь является одним из основных сердечно-сосудистых факторов риска инвалидизации и смертности населения и что снижение артериального давления существенно снижает этот риск, исследования, проведенные в различных странах, показывают следующее: значительная часть больных гипертонической болезнью не знают о своем заболевании, а если и знают, не получают лечения; целевые значения артериального давления достигаются редко, вне зависимости от того, назначено лечение специалистом-кардиологом или врачом общей практики, и уровень осведомленности о гипертонической болезни и контроле артериального давления достаточно низок.

Актуальность исследования обусловлена тем, что огромное количество людей пожилого и зрелого возраста сталкиваются с гипертонической болезнью, и, к сожалению, мало кто знает о влиянии образа жизни на возникновение и развитие гипертонической болезни.

Объект исследования: пациенты «Ильинского фельдшерско-акушерского пункта» Алексеевского района, Белгородской области, находящиеся на амбулаторном лечении с диагнозом «гипертоническая болезнь».

Предмет обследования: лечебная деятельность фельдшера, направленная на профилактику и лечение гипертонической болезни.

Цель исследования: изучить эффективность лечения гипертонической болезни в практике фельдшера.

Задачи исследования:

1. Определить основные причины и факторы риска, способствующие возникновению гипертонической болезни;
2. Разработать тактику фельдшера, направленную на просвещение и побуждение к изменению образа жизни людей, страдающих от гипертонии или находящихся в зоне риска развития заболевания.

Гипотеза исследования: активная работа фельдшера будет способствовать улучшению качества жизни и снижению инвалидизации и смертности от изучаемого заболевания.

Гипертоническая болезнь – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм артериальной гипертензии.

ВОЗ была принята классификация артериальной гипертонии:

Стадия I – отсутствие поражения органов-мишеней и ассоциированного клинического состояния, возможное наличие факторов риска.

Стадия II подразумевает наличие бессимптомного поражения органов-мишеней, связанного с артериальной гипертензией и/или хроническая болезнь почек стадии С3, и/или сахарный диабет без поражения органов-мишеней и предполагает отсутствие ассоциированного клинического состояния.

Стадия III определяется наличием ассоциированного клинического состояния, в том числе хроническая болезнь почек стадии С4-С5, и/или сахарный диабет с поражением органов-мишеней.

Гипертоническую болезнь на сегодняшний день считают полиэтиологическим заболеванием. Рассматривают роль различных возможных причин

гипертонической болезни и ее осложнений - как немодифицируемых, так и модифицируемых.

К немодифицируемым относят: возраст, пол, генетическую предрасположенность, преждевременную менопаузу у женщин.

Модифицируемые в той или иной степени: малоподвижный образ жизни, ожирение, дислипидемия; курение, сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе, особенности питания (избыток поваренной соли). Абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия и инсулин резистентность составляют метаболический синдром, многократно увеличивающий риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти больных.

Воздействие одного из факторов риска развития артериальной гипертензии, по всей видимости, не вызовет развития заболевания. Становление гипертонической болезни происходит в результате сочетанного влияния нескольких факторов.

Модифицируемым факторам риска следует уделить особое внимание, так как мероприятия по изменению образа жизни следует проводить всем больным, в том числе получающим медикаментозную терапию.

Особенности диеты играют существенную роль в формировании АГ. В первую очередь, это касается потребления поваренной соли, калий- и магнийсодержащих продуктов. Установлено, что систематическое употребление хлорида натрия в количестве, превышающем физиологическую норму, приводит к повышению артериального давления.

Избыточное употребление алкоголя и высококалорийной пищи также является одним из факторов, способствующих повышению АД. Их значительное ограничение или полное исключение из рациона приводит к снижению артериального давления в среднем на 8,5 мм ртутного столба.

Наличие лишнего веса повышает риск развития артериальной гипертензии в 1,3-1,8 раза. По данным Всемирной Организации Здравоохранения,

прибавка веса на 10 килограмм сопровождается ростом систолического артериального давления на 2-3 мм рт. ст., диастолического - на 1,5-2 мм рт. ст.

Одним из наиболее серьезных факторов риска является гиподинамия. У лиц, ведущих физически малоактивный образ жизни, артериальная гипертензия формируется на 20-30% чаще по сравнению с физически активным населением. Систематические занятия физической культурой способствуют снижению показателей артериального давления в среднем на 5-7 мм ртутного столба.

Основным этиологическим фактором возникновения гипертонической болезни являются часто повторяющиеся стрессовые ситуации, психическое и умственное перенапряжение. Однако эмоциональные стрессы испытывают практически все, а заболевают гипертонической болезнью лишь 12-13% населения. Исследования, проводимые по поводу данного противоречия, свидетельствуют о том, что важную роль в развитии данного заболевания играют особенности высшей нервной деятельности человека, возможность его адаптации к неблагоприятным жизненным ситуациям.

Исходя из этого, необходимо обратить внимание на профилактическую работу среди пациентов. Своевременное диагностирование и правильное лечение может значительно снизить риск осложнений. Фельдшеру необходимо дать рекомендации каждому пациенту индивидуально, напоминая о том, что без лечения выживаемость страдающих гипертонией быстро снижается, прогрессирование заболевания может очень быстро привести к летальному исходу.

Фельдшер должен внушить каждому больному гипертонической болезнью, что без устранения факторов-риска, медикаментозное лечение даст неполный и непродолжительный эффект. Следует мотивировать пациентов к коррективке образа жизни, снижению веса и соблюдению диеты, отказу от алкоголя и курения. Необходимо предпринять все меры, чтобы повысить заинтересованность больных гипертонией к регулярному приему лекарственных средств и соблюдению всех рекомендаций врача. Не менее важно

направлять пациентов на обследования при подозрении на наличие других хронических заболеваний.

Список литературы

1. Бабушкин, И. Е. Лечение пациентов терапевтического профиля: учебник / И. Е. Бабушкин, В. К. Карманов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 672 с.

2. Давыдкин, И. Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с.

3. Круглов, В. А. Классификация, диагностика и лечение гипертонической болезни / В. А. Круглов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 96 с.

4. Круглов, В. А. Электрокардиограмма в практике врача: руководство / В. А. Круглов, М. Н. Дадашева, Р. В. Горенков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 136 с.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Калинина А.В.

*Научный преподаватель – Комарова М.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

У организма человека есть естественная физиологическая защита, препятствующая попаданию инородных тел в дыхательную систему. На попытку вдохнуть дым первой в жизни сигареты организм отвечает кашлем. С его помощью организм стремится удалить попавший в дыхательные пути дым и таким образом борется с чужеродными веществами. Однако этого оказалось недостаточно для отказа человечества от курения, и «табачная эпидемия» начала свое победоносное шествие по миру.

С момента распространения курения по странам и континентам, началась и борьба с этой новой привычкой, вред которой не сразу был осознан. В 20 веке отмечались запреты на курение на улице, появились первые предупредительные надписи на пачках сигарет. Однако эффективные меры на ограничение потребления табачной продукции стали проводиться только в 21 веке, когда во многих государствах осознали пагубное влияние курения на здоровье населения и его катастрофические последствия.

Борьба с курением – это целый комплекс мер и мероприятий, носящих как профилактический, так и ограничивающий и запрещающий характер. Она направлена на уменьшение и предупреждение потребления изделий из табака. Проблема борьбы с курением приобрела международный характер. Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2003 году приняла Конвенцию по борьбе против табака, к которой присоединились десятки стран, а в 2008 году и Россия. Тем самым на пачках сигарет появилась не предупреждающая, а утверждающая надпись – «Курение убивает». С 2013 года надписи стали сопровождаться рисунками с изображениями разных видов заболеваний, занимающие половину размера пачки с тыльной стороны.

Новый закон о запрете курения значительно расширил число мест, где

курение запрещено. Ужесточились требования к организации мест для курения, введена система штрафов за курение в общественных местах. Государство достаточно строго ограничило права курильщиков, обезопасило от влияния «пассивного курения» разные группы населения, в том числе и подрастающее поколение.

Для ограничения курения запрещена реклама и продажа табачных изделий несовершеннолетним. Для распространения информации о вреде курения, снижения никотиновой зависимости, предупреждения опасности развития онкологических заболеваний, вовлечение людей в просветительские акции по популяризации здорового образа жизни под эгидой ВОЗ установлены две даты. Всемирный день без табачного дыма отмечается 31 мая. Международный день отказа от курения проводится в третий четверг ноября.

Курильщики сейчас испытывают осуждение окружающих. Запреты на курение в людных местах, на рекламу табачных изделий, ограничение продажи и рост цены на товар заставляет задуматься о том, что нужно бросить курить, а лучше вообще не начинать. Но только одними запретами нельзя обойтись, необходимо вести антитабачную информационную пропаганду.

Электронные сигареты получили широкое распространение в России. В настоящее время Минздрав РФ не одобряет электронные сигареты в качестве способа избавления от курения. Правительства некоторых государств также ставят под сомнение эффективность данного изобретения, электронные сигареты находятся под запретом, вводятся ограничения, относительно их использования. Использование электронных сигарет запрещается людям с любыми заболеваниями дыхательной системы. Перед их использованием рекомендуется обратиться за консультацией к врачу.

Мы считаем, что электронные сигареты также вредны. Никуда не исчезает вред никотина для организма, любые ароматические добавки, это тоже вредные вещества. Человек также останется зависим от посторонних веществ. У него сохранится потребность в процессе курения, это такие же курильщики, но только электронных сигарет. Психологически зависимые люди

могут подвергаться влиянию других более опасных привычек.

Рассматривая проблему меры борьбы с курением детей и подростков, было выявлено, что, если ученик не курит, то значит он не видит надписей и картинок на пачках, где указаны и заболевания дыхательной системы, такие как эмфизема, рак лёгких, онкологические заболевания. Дети ещё мало знают о законах и наказании за курение в общественных местах. Плакат можно на продолжительное время повесить на видном месте для ознакомления. Не придётся прилагать усилия к организации его просмотра. В школе он сыграет профилактическую роль для учеников разных возрастов.

Печальные цифры статистики, касающиеся вопроса почему дети начинают курить, свидетельствуют о том, что 77% школьников уже являются заложниками курения.

У большинства учащихся в основном отрицательное отношение к «участию» в пассивном курении.

Проанализировав проблему, почему ребенок начинает курить, несмотря на увещания взрослых пришли к следующим выводам, что, как и врачи считают одной из причин в первую очередь курение родителей. Вдыхая с детства табачный дым, ребенок становится заложником пассивного курения. Оно также вызывает никотиновую зависимость.

Чуть став старше, ребенок ищет возможности удовлетворить эту зависимость. Кроме этого, курящие родители часто говорят ребенку о вреде курения, но воздействия эти слова, как правило, не имеют. Ребенок видит, что взрослые (курящие родители, учителя, старшеклассники, актеры в кино) не боятся опасностей, которых может повлечь за собой курение, и начинают считать, что им тоже «ничего не грозит». Следует помнить и о том, что ребенку свойственно подражание. Из стремления быть похожим на кого - то или казаться взрослее, «круче», ребенок начинает делать свои первые шаги к пагубной привычке.

Основным периодом приобщения к курению считается подростковый возраст, хотя этому подвержены младшие школьники.

Ребенок может начать курить и в период взросления, когда его взгляды начинают расходиться с взглядами родителей, учителей. Здесь, как правило, взрослеющим подростком движет желание самоутвердиться, желание идти вразрез с общепринятыми «можно» и «нельзя».

Но у детей есть дома еще несколько воспитателей – телевизор и компьютер. Учеными доказано, что воспитание сильнее наследственности. Но начинать воспитание нужно с взрослых.

В результате проведения социологического исследования было выявлено, что в том, что курение не отвлекает от проблем, не сомневаются только 7 человек. Некоторые подростки считают безопасным для здоровья от 5 до 12 выкуренных сигарет, но 11 человек пришли к мнению, что вредно любое количество выкуренных сигарет. Из различных источников к детям поступает достаточное количество информации о значении курения для организма.

У многих детей есть друзья, злоупотребляющие курением, некоторые пытались бросить курить, но только 1 раз.

Практические исследования заключались в следующем:

Учащиеся высказали предложения и рекомендации, с помощью которых можно избавиться от пагубного пристрастия. Некоторые были кардинальными: запретить табачную продукцию, начать принудительно лечить всех зависимых. Прозвучали рекомендации обратиться всем зависимым к психологу, пройти курс лечения, подумать, нужно ли это в жизни, не начинать вообще, а если закурили, скорее бросить. Отметили, что нужна сила воли, и без усилия над собой ничего не получится. Анализ позволяет сделать вывод о том, что в школе нет массового увлечения курением, но некоторых учеников необходимо убедить не приобщаться к этому злу. Поэтому мой проект имеет большое профилактическое значение.

В связи с вышеизложенным можно сделать общий вывод о том, что курение приносит непоправимый вред органам дыхательной системы. Выбранный способ предоставления готового продукта наиболее целесообразный для профилактики возникновения пристрастия к курению у школьников и под-

ростков. Обнаруженные в составе табачного дыма вещества убедительно свидетельствуют о том, что последствия курения могут проявиться через заболевания дыхательной системы; большинство учащихся школы отрицательно относятся к курению. Было очень интересно узнать мнения о проблеме курения у школьных друзей. Некоторые из них ещё не уверены в том, что курение вредно, у других есть причины начать злоупотреблять табаком. Борьба с курением ведется с момента распространения табака по миру уже несколько сотен лет, но эта вредная привычка пока выигрывает.

Список литературы

1. Кожевникова Т.Н., Геппе Н.А., Османов И.М., Герасименко Н.Ф., Машукова Н.Г., Ильенкова Н.А., Малахов А.Б., Чепурная М.М., Одинаева Н.Д., Саввина Н.В. Проблема табакокурения подростков: вчера, сегодня, завтра. Педиатрия. Consilium Medicum. 2021; 2: 101–108.
2. Липанова Л.Л., Кутузова Ж.К., Насыбуллина Г.М., Протасова О.С., Данилова М.А. Распространенность употребления и факторы риска приобщения к алкоголю и курению среди школьников. Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. 2023;31(10):44-53.
3. Профилактика табакокурения у детей и подростков – проблема современности. Под ред. Н.А. Геппе, И.М. Османова, Н.Ф. Герасименко. М.: МедКом-Про, 2021
4. Суханов А.В., Денисова Д.В., Пилипенко П.И., Гафаров В.В. Табакокурение и состояние когнитивных функций у подростков: популяционное исследование. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2022;11(1):49-55.
5. Хабриев Р.У., Ягудина Р.И., Рашид М.А., и др. Факторы риска для здоровья подростков: результаты массового опроса. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2020;65(3):91-9

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ

Калуцкая А.А.

*Научные руководители - Пыжова Е.В., Панина Е.А., преподаватели
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Загрязнения окружающей среды приводят к ухудшению состояния здоровья населения, снижению демографических показателей и характеристик.

Продолжает оставаться на высоком уровне детская смертность. Сохраняется направленность к подъему смертности в дееспособном возрасте. Растут данные нездоровых пациентов с впервые установленной природой заболевания и, прежде всего сердечно –сосудистые, онкологические, патология эндокринной системы, психические заболевания (в первую очередь в детском и подростковом возрасте). Несомненно, это ,прежде всего, результат влияния на жителей экологических, социально-экономических, природных факторов ,образующих здоровье наших людей.

Наблюдается значительный рост специфических аллергических заболеваний, вызываемых биологическими и химическими загрязнениями атмосферы. Озабоченность вызывает биологическое загрязнение, связанное с бурно развивающимися темпами микробиологической промышленности. Высокий уровень загрязнения воды нефтепродуктами, формальдегидами, органическими соединениями. Из-за смыва ядохимикатов с полей в воде обнаруживаются ядовитые соединения в концентрациях, превышающих ПДК. Использование населением эпидемиологически опасной питьевой воды, ее дефицит, загрязнение агропромышленными химикатами приводит к тому, что может возникнуть эпидемический очаг инфекционных заболеваний.

Наша страна по данным на 2023 год находится на 152 месте среди развитых стран по заболеваемости и продолжительности жизни (71 год). Для

сравнения: Монако – 89,4 года, Япония – 85,3 года, Швейцария – 82,6 года, Франция – 81,9 лет, Великобритания – 80,8 лет, США – 80 лет.

По заключению Минздрава России здоровье нации, в первую очередь, зависит от питьевой воды, окружающей среды, атмосферного воздуха. В нашей стране сложилась парадоксальная ситуация, нигде в мире не наблюдаемая, когда промышленные объекты десятилетиями преступают законодательные акты и оскверняют условия жизни, мир вокруг нас.

Трагизм ситуации не только в том, что гибнет природа, а и в том, что разрушается социальное благополучие общества, процветание, здоровье и благополучие людей, подвергается смертельной опасности будущее. Около 30% продуктов питания отравлены нитратами, фосфатами, пестицидами и представляют постоянную угрозу здоровью людей, их будущих детей и внуков. Молодое поколение, которое только вступает в жизнь, уже оказывается обреченным. Об этом свидетельствует леденящая душу информация, получаемая при медицинских обследованиях в учебных заведениях. Но уже теперь последствия разрушения среды обитания, которое усугубляется повсеместным отставанием развития социальной сферы проявляются весьма явственно. Об этом свидетельствуют данные по детской смертности и продолжительности жизни, по которым мы находимся в ряду самых слаборазвитых государств мира. Пугающе выглядят средние по стране цифры, а еще страшнее – данные по регионам. Чтобы убедиться в справедливости такой характеристики достаточно внимательно присмотреться к следующим цифрам.

Рассмотрим динамику показателей рождаемости, смертности и естественного прироста населения (на 1000 чел.) в 2023 году по округам:

– Центральный федеральный округ – родившихся 8,5, умерших 13,7, естественная убыль 5,2 (в частности по Курской области цифры таковы: родившихся 7,6, умерших 16,8, естественная убыль 9,2);

– Северо-Западный федеральный округ – родившихся 8,3, умерших 13,7, естественная убыль 5,4;

– Южный федеральный округ – родившихся 8,7, умерших 14,3, естественная убыль 5,6;

– Приволжский федеральный округ – родившихся 8,3 умерших 13,8, естественная убыль 5,5;

– Уральский федеральный округ – родившихся 9,9, умерших 14,1, естественная убыль 2,2;

– Дальневосточный федеральный округ – родившихся 10, умерших 14,3, естественная убыль 3,4.

И только в Северо-Кавказском федеральном округе наблюдается положительная динамика – родившихся 12,7, умерших 8,2, естественная прирост населения 4,5.

Как видим, в Центральной России не обеспечивается даже простое воспроизводство населения, а, строже говоря, идет вымирание русской нации.

Критическая демографическая ситуация в России объясняется не только бедственным состоянием природной среды. Здесь сосредоточен основной промышленный потенциал страны, в том числе подавляющая часть предприятий наиболее природоразрушающих и грязных отраслей. Дело усугубила хищническая эксплуатация богатейших российских недр и лесов ведомствами-монополистами, распродающими по дешевке сырье за границу. Экономическая обстановка в стране продолжает катастрофически ухудшаться. Существуют огромные территории на которых погибает природа, а, вместе с ней-причинение зла здоровью миллионов людей. С огромной скоростью идет разорение земель, уничтожение лесов, загрязнение воздуха, воды, а с ними, естественно ,благополучие, процветание и богатство нашего общества. В настоящее время применяют математические методы, благодаря которым можно получить полное мнение о состоянии воспроизводства населения. Так, например, чтобы построить математическое описание прибавления народонаселения примем во внимание, что скорость данного процесса соразмерна его доле:

$$\frac{dM}{dt} = rM,$$

где $M = M(t)$ – количество жителей в момент времени t , r – коэффициент пропорциональности.

$$\frac{dM}{M} = r \cdot dt,$$

где $M(t) = ce^{rt}$.

Если значение коэффициента пропорциональности больше нуля, то зависимость показывает закон роста народонаселения, если меньше () – убыль.

Поговорим об изменении народонаселения за время t :

$y(t)$ – количество людей в данной местности в момент времени t ; соответственно, прирост людей ():

$$\Delta y = r_1 y \Delta t - r_2 y \Delta t \rightarrow \frac{\Delta y}{\Delta t} = ry, \quad r = r_1 - r_2 .$$

$$\frac{dy}{dt} = ry \quad (\Delta t \rightarrow 0)$$

Решая данное дифференциальное уравнение, получим:

$$\int \frac{dy}{y} = r \int dt$$

$$\ln |y| = rt + \ln |C|$$

$$\ln \left| \frac{y}{C} \right| = rt$$

$$\frac{y}{C} = e^{rt} \quad y = Ce^{rt}, \quad C - const.$$

(для данной местности количество умерших и рожденных за единицу времени соразмерно числу народонаселения с коэффициентами пропорциональности r_1 и r_2).

Т.о. математические методы позволяют прогнозировать характер демографической ситуации и занимают важное место в исследовании проблем демографии.

Таким образом, математические методы позволяют прогнозировать характер демографической ситуации и занимают важное место в исследовании проблем демографии.

Подведем итог: для улучшения экологической ситуации необходимо успешное выполнение программы экологического оздоровления, всевозможных предписаний, чтобы вопросами экологии занимались не только специальные комитеты, но и сотрудничали предприятия, являющиеся одними из основных виновников загрязнений. Ведь вставшие перед нами вопросы экологии являются серьезной проблемой, которая касается не только благополучия наших детей, но и будущих поколений [2]. К сожалению, для эффективного контроля за соблюдением природоохранного законодательства объектами-загрязнителями усилий только работников органов охраны природы крайне не достаточно. Поэтому остается надежда на понимание всеми жителями проблем экологии, необходимости их скорейшего решения, чувство ответственности каждого за состояние природной среды поможет совместными усилиями со всеми заинтересованными людьми спасти наши природные богатства.

Список литературы

1. Естественное движение населения Текст: электронный // <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/mdemo2.htm>

2. Антонова, Н. Л. Демография: учебное пособие для вузов / Н. Л. Антонова. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 153 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-05507-8. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/493409> .

3. Караев, И.И. Проблемы демографии в современной России / И.И. Караев // Социально-гуманитарные знания. – 2019. – №5. – С. 117-124.

4. Малинина, Т. Б. Демография и социальная статистика: учебник и практикум для среднего профессионального образования / Т. Б. Малинина. – 2-е изд.– Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 354 с. (Профессиональное образование). – ISBN 978-5-534-15662-1. Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. URL: <https://urait.ru/bcode/520434>

САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ИНФЕКЦИЙ СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Капустина А.А.

*Научный руководитель – Устинова О.В., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Актуальность проблемы инфекций связанных с оказанием медицинской помощи определяется увеличением срока пребывания пациентов в ЛПУ, наносят значительный социально-экономический ущерб, формируют лекарственную устойчивость микроорганизмов, увеличивают долю летальных исходов.

Цель исследования: рассмотреть санитарно-микробиологический контроль инфекций связанных с оказанием медицинской помощи в медицинских организациях Белгородской области.

Задачи данной работы:

1. Изучить и обобщить собранный теоретический материал по теме исследования.
2. Рассмотреть методы санитарно-микробиологического контроля инфекций связанных с оказанием медицинской помощи.
3. Проанализировать уровень и структуру заболеваемости инфекциями связанными с оказанием медицинской помощи.

Объект исследования: инфекции связанные с оказанием медицинской помощи.

Предмет исследования: санитарно-микробиологический контроль инфекций связанных с оказанием медицинской помощи.

Инфекции связанные с оказанием медицинской помощи – любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничным персоналом в силу осуществле-

ния им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре.

В ходе санитарно-микробиологических исследований внешней среды в различных лечебных учреждениях Белгородской области были изучены смывы с поверхности предметов и оборудования, с рук и одежды медперсонала, со стерильного хирургического материала и инструментария, а также пробы воздуха.

Исследование микробной обсемененности воздушной среды, проводят путем отбора проб воздуха аспирационным методом с помощью пробоотборного устройства ПУ-1Б.

Для определения общего содержания бактерий в 1 кубическом метре воздуха забор проб проводят на желточно-солевой агар и подсчитывают количество выросших колоний.

Затем происходит пересев на скошенный агар для выделения чистой культуры, не менее 2-х колоний, подозрительных на стафилококк. Для исследования отвивают прежде всего колонии, дающие положительную лецитовителлазную реакцию. При отсутствии на чашках таких колоний дальнейшему исследованию подвергаются пигментированные колонии, схожие по морфологии со стафилококком.

После суточной инкубации выделенные штаммы окрашивают по Граму.

Плазмокоагулирующую активность проверяют в реакции коагуляции цитратной кроличьей плазмы. Патогенный стафилококк продуцирует фермент коагулазу и вызывает свертывание плазмы – осадок в виде желе.

Если культура обладает только плазмокоагулирующей или только лецитовителлазной активностью, то для окончательного ответа требуется определение ферментации маннита. При положительном результате реакции наблюдается пожелтение среды вокруг бляшки, если же окрашена сама бляшка, то результат реакции отрицательный

После этого определяют чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Действие антибиотиков оценивают по феномену задержки роста вокруг диска. С помощью линейки измеряют диаметр зон задержки роста вокруг дисков, включая диаметр самих дисков. Наличие роста вокруг диска свидетельствует об устойчивости данного микроба к антибиотику. Зона задержки роста диаметром менее 10 мм и полное отсутствие – является показателем устойчивости микроорганизма к данному антибиотику, от 11 мм до 14 мм является показателем малой чувствительности микроба к антибиотику. При диаметре зоны 15-25 мм микроб обладает средней чувствительностью. Зона более 25 мм указывает на высокую чувствительность к антибиотику.

Забор проб с поверхностей различных объектов осуществляют методом смывов. Взятие смывов производят тупфером. При контроле мелких предметов смывы забирают с поверхности всего предмета. При контроле предметов с большой поверхностью смывы проводят в нескольких местах исследуемого предмета с помощью специального трафарета.

Контроль на стерильность хирургического инструментария. Хирургический инструментарий с помощью стерильного пинцета извлекают из бикса или мягкой упаковки и целиком погружают в пробирки с питательными средами.

Посев на стерильность перевязочного материала проводят следующим образом: бинты, ватные шарики, марлевые салфетки, турунды отбирают из разных мест бикса стерильным пинцетом и стерильными ножницами отрезают кусочки и погружают в колбы с питательными средами. Посевы инкубируют 12-14 дней при температуре 37°C. При наличии роста в пробирках материал признается нестерильным [2].

Контроль на стерильность хирургического белья. Простерилизованными и фламбированными ножницами с помощью пинцета от хирургического белья отрезают небольшие кусочки и погружают в колбы с питательными средами.

Бактериологический контроль эффективности обработки рук персонала. Ватно-марлевым тампоном тщательно протирают ладони, околоногтевые и межпальцевые пространства обеих рук. После отбора проб ватно-марлевый тампон помещают в пробирку, встряхивают в течение 10 мин. Жидкость засевают глубинным способом на 2 чашки Петри с мясопептонным агаром и в 2 пробирки с сахарным бульоном. При наличии роста в пробирках материал признается нестерильным.

В 2022 году на территории области зарегистрировано 125 случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) (в 2021 году - 108, в 2020г.- 335 случаев). Показатель заболеваемости составил 0,4 случая на 1000 госпитализированных (в 2021 - 0,9, в 2020- 1,1 на 1000 госпитализированных).

Наибольшее число случаев ИСМП в 2020 году зарегистрировано в прочих стационарах - 63,5%, в 2021 году зарегистрировано в учреждениях родовспоможения – 18,7%, в 2022 году также зарегистрировано в учреждениях родовспоможения – 48,8%.

В общей структуре ИСМП в 2020 году преобладают внутрибольничные пневмонии – 11,3%, в 2021 году преобладают гнойно-септические инфекции новорожденных – 8,9%, гнойно-септические инфекции родильниц – 8,9%, в 2022 году преобладают гнойно-септические инфекции родильниц – 28,0% и гнойно-септические инфекции новорожденных – 20,8.

В 2022 году исследований воздушной среды, не соответствующих гигиеническим нормативам, в родовспомогательных учреждениях и в детских стационарах, как и в прошлом году, не зарегистрировано. В стационарах хирургического профиля в 2022 году исследований воздушной среды, не соответствующих гигиеническим нормативам, не зарегистрировано (в 2021 году в хирургических стационарах 8,6% проб не соответствовали гигиеническим нормативам).

При исследовании материалов и изделий медицинского назначения на стерильность в родовспомогательных учреждениях, в детских стационарах, в

хирургических стационарах неудовлетворительных проб, в течение года, не выявлено, в амбулаторно-поликлинических учреждениях и прочих стационарах - 0,2% проб неудовлетворительные.

В 2022 году неудовлетворительные результаты смывов при исследовании бактериальной обсемененности предметов внешней среды не регистрировались в прочих стационарах (2021 г.- 0,03%, 2020 г. – 0,7%), в родовспомогательных учреждениях и в детских стационарах (в 2021 и в 2020 гг. - 0%), в хирургических стационарах (2021 г.- 2,9%, 2020 г. – 0%) [1].

Выводы:

1. Санитарно-микробиологический контроль больничной среды является значимым и информативным элементом системы эпидемиологического надзора.

2. Основным методом микробиологической диагностики инфекций связанных с оказанием медицинской помощи является бактериологический метод, который позволяет выделить и идентифицировать чистую культуру возбудителя.

3. Производственный санитарно-микробиологический контроль за внешней средой больницы за три анализируемых года показал незначительный рост регистрируемых случаев инфекций связанных с оказанием медицинской помощи.

Список литературы

1. Областной доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Белгородской области в 2020 году». – Белгород, 2022. – 255с.

2. Тайц, Б.М. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях / Б.М. Тайц, Л.П. Зуева. – СПб.: Эпидемиология, 2019. – 245с.

ПРОБЛЕМА СИНЕГО СВЕТА ОТ ГАДЖЕТОВ В ЖИЗНИ ПОКОЛЕНИЯ Z

*Каракулина М.С., Мартынова Е.Ю.
Научный руководитель - Тимошина Т.А., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Поколение Z – это люди, родившиеся в условиях глобальной цифровизации общества. Именно к этому поколению относятся студенты медико-фармацевтического колледжа КГМУ. За последние несколько десятилетий мир, в котором сейчас живет подрастающее поколение, сильно изменился. Нас буквально окружают экраны: мы активно пользуемся различными гаджетами и не представляем жизнь без смартфона. Как и большинство людей, вы наверняка смотрите в свой смартфон, планшет в кровати перед тем, как выключить свет. Это время — одно из немногих моментов за день, когда можно не спеша дочитать книгу, пролистать почту и социальные сети. К сожалению, уже долгие годы многие исследования говорят о том, что использование любимых гаджетов перед сном может иметь пагубные последствия для сна, а после длительного времени — и для здоровья. Ученые полагают, что популярность мобильных устройств приводит к огромному скачку в нарушении всего цикла сна, в виду того, что свет, излучаемый с цифровых экранов, влияет на биологические часы человека.

Актуальность: молодые люди более всего подвержены влиянию синего свечения, производимого гаджетами. Причиной является повышенная восприимчивость к сбоям естественных циркадных ритмов. Даже краткосрочный запуск видеоигры или просмотр телешоу на мобильном устройстве перед сном могут отодвинуть засыпание на час или два. Вследствие этого молодые люди не высыпаются и значительно труднее встают по утрам на занятия.

Цель: проанализировать влияние синего цвета от гаджетов на организм человека.

Задачи: изучить научные источники по влиянию синего цвета на организм человека и определить проблемы, с которыми сталкиваются студенты медико-фармацевтического колледжа.

Практический выход исследования: предложить студентам рекомендации по снижению негативного влияния гаджетов.

Нормальный сон человека состоит из пяти стадий, образующих полный цикл. Каждый этап процесса служит для выполнения своей функции, и все вместе имеют важное значение для общего физического благополучия и здоровья человека. Первые две стадии процесса приходятся на период погружения в сон, третья и четвертая на более глубокие фазы, и на заключительном этапе мозговая деятельность усиливается, улучшается и восстанавливается память, снятся яркие сны.

Человеческий организм «узнает» о том, что наступила ночь, благодаря так называемому «гормону темноты» - мелатонину. В течение суток мелатонин посылает телу сигналы о том, что пора ложиться спать, и готовит тело к переходу от дневного режима к ночному. Нарушения цикла мелатонина происходят в результате нерегулярного воздействия светлых и темных образов или воздействия света в самый неподходящий момент, что может привести к нарушению циркадного ритма, с которым связаны плохой сон и плохая работоспособность.

Таким образом, мозг вводится в заблуждение, полагая, что за окном день. Этот свет проникает через закрытые веки в клетки сетчатки, а затем уже поступает в мозг. В этот самый момент происходит выброс гормона кортизола, отвечающего за бодрость, и подавляется выработка мелатонина. Исследования показали, что воздействие света экрана мобильного устройства всего лишь за 2 часа способно уменьшить выработку мелатонина на 22 процента.

Тенденция развития портативных мультимедийных устройств заключается в том, что новые экраны имеют более высокий уровень контрастности и излучают больше синего света. Такие экраны идеальны для дневного исполь-

зования, но вредны в ночное время. Сейчас ведется разработка приложений, уменьшающих сине-зеленое излучение для режима вечернего времени. Программа сможет автоматически фильтровать синий свет, чтобы сохранить полноценный сон.

Синий свет входит в цветовой спектр, который формируется из смешения красного, оранжевого, желтого, зеленого, синего, индиго и фиолетового цветов. От синего к фиолетовому наблюдается самая короткая длина волны спектра, а чем короче эта волна, тем выше уровень энергии. Ещё в прошлом году американские ученые опубликовали исследование, которое показало, что синий свет может нанести вред зрению и ускорить развитие слепоты. Ученые из Университета Толедо выяснили, что продолжительное воздействие синего цвета активирует токсические молекулы в светочувствительных клетках глаза, уничтожая эти клетки. Данный процесс приводит к макулодистрофии – одной из самых распространенных причин потери зрения. Также существуют доказательства и того, что кроме зрения, голубые экраны приводят к преждевременному старению и вредят нашей коже. К примеру, опытные дерматологи могут с легкостью распознать пациентов, которые “злоупотребляют” селфи, лишь изучив их кожу.

Ряд исследований по этому вопросу находится на ранней стадии, но уже сейчас эксперты настоятельно призывают людей выключать мобильники и планшеты задолго до отхода ко сну.

В своей работе мы проанализировали, как влияет свет от гаджетов на сон и работоспособность студентов медико-фармацевтического колледжа КГМУ.

Были предложены следующие вопросы:

1. Во сколько вы ложитесь спать?
2. Сидите ли вы в телефоне или компьютере перед сном?
3. За сколько времени до сна вы сидите в телефоне или компьютере?
4. Какова яркость дисплея на вашем телефоне или компьютере? (минимальная, средняя или высокая)

5.Высыпаетесь ли вы?

6.Как быстро вы засыпаете, после общения с гаджетом?

Проанализировав результаты анкетирования, мы выяснили:

Большинство студентов ложатся спать позже 00:00.

Перед сном сидят в телефоне или компьютере и выходят из них в основном минут за 5 до сна.

У большинства студентов яркость дисплея на телефоне или компьютере минимальная.

На вопрос высыпаетесь ли вы, студенты ответили, что не высыпаются.

На вопрос как быстро вы засыпаете, большинство студентов ответили, что после использования гаджетов им нужно минимум пол часа, чтобы уснуть.

Таким образом, у многих студентов колледжа имеются проблемы со сном, особенно это проявляется после вечерней или ночной работы с ярким экраном.

Практические рекомендации, позволяющих если не избавиться полностью от негативного воздействия мобильных устройств на сон человека, то хотя бы свести его к минимуму:

1. Не обязательно отказываться от работы с гаджетом в ночное время – достаточно не делать этого за 2 часа до отхода ко сну. Именно в этот период начинается синтез мелатонина. Причем это время привязано не к наступающей темноте, а к моменту, когда вы обычно засыпаете.

2.Выставьте меньшую яркость дисплея. Чем она выше, тем большую дозу синего света получают ваши глаза. Для многих устройств разработчики предусмотрели «режим чтения» и «вечерний режим», позволяющие оптимизировать параметры экрана именно для вашего случая.

3.Воспользуйтесь гаджетом с меньшим размером дисплея. Если у вас есть выбор: читать перед сном с планшета или смартфона, то лучше выбрать второй вариант.

Список литературы

1. <http://fb.ru/post/sleep/2015/10/9/2222>
2. <https://life.informator.news/svet-krana-smartfona-opasen-dlia-sna-zreniya-y-kozhy-eho-vladel-tsa-uchen-e/>
3. <https://www.webmedinfo.ru/sinij-svet-ot-ekranov-smartfonov-narushaet-detskij-son.html>

ВКЛАД ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ В ПОБЕДУ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Карелина А.Н.

*Научный руководитель - Сухомлин Л.Г., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

К началу Великой Отечественной войны в стране была создана система доврачебной, первой врачебной и квалифицированной стоматологической помощи при ранениях лица и челюстей, разработаны таблицы специального оснащения, образцы шин. С первых дней Великой Отечественной войны стоматологи заняли важное место в оказании помощи при челюстно-лицевых ранениях. Анализ лечения раненых в челюстно-лицевую область дал возможность правильно решить ряд вопросов военной челюстно-лицевой хирургии и ортопедии. Было признано эффективным раннее оперативное вправление отломков при переломах челюстей в случаях безуспешного или малоэффективного эластического вытяжения. Были предложены оригинальные методы лечения в челюстно-лицевую область.

Стоматологическую помощь в Советской Армии возглавлял генерал-майор медицинской службы Д.А. Энтин, один из основоположников военной стоматологии в нашей стране. Стоматологическую службу в Военно-морском флоте возглавлял В.М. Уваров. В блокированном Ленинграде оказанием стоматологической помощи занимались А.А. Лимберг и П.П. Львов.

Перед отечественными врачами стояла задача лечить раненых солдат, восстановить форму и функцию зубочелюстного аппарата. К каждому пациенту подходили строго индивидуально. Для лечения пациентов, перенесших тяжелые травмы челюстно-лицевой области, предлагалось множество методов, аппаратов и протезов. В основном тяжелые ранения базировались на полном или частичном ограничении подвижности сустава.

Проектировались аппараты для механотерапии, которые способствовали улучшению открывания рта пациента после полученной травмы [1]. В во-

енное время такие устройства могли изготавливаться из подручных материалов. Это могли быть деревянные клинья, бруски дерева определенной формы, пластинки, конусы и даже прищепки. Хотя такие аппараты и были неудобны для пациента, но они существенно облегчили лечение раненых. В то же время существовали и более сложные аппараты, базирующиеся на движениях нижней челюсти.

Исаак Михайлович Оксман - выдающийся стоматолог, который внес неоценимый вклад в стоматологию во время Великой Отечественной войны.

В начале войны Оксман служил стоматологом в Красной Армии и был отправлен на передовую для оказания стоматологической помощи солдатам. В самый разгар войны рассматривал иннервацию зубочелюстной области.

Он был тем, кто предложил применять проволочную фиксирующую шину. Такая шина состояла из проволочной дуги для верхней челюсти, четырех стержней и гипсовой повязки. Проволоку выгибали по форме зубной дуги и крепили к зубам при помощи лигатур, а концы внеротовых стержней прикрепляли к гипсовой повязке. Кроме того, Исаак Михайлович создал аппараты и протезы, которые нашли успешное применение при ранениях нижней челюсти. Такие устройства значительно облегчали проведение операций. В сообществе с Зильбергом он создал приемник для слюны, подавляющий саливацию для пациентов с проникающими ранениями челюстно-лицевой области.

Оксман сыграл большую роль в обучении других стоматологов. Он является автором нескольких учебников и статей. Его вклад в стоматологию в году Великой Отечественной войны получил широкое признание. Его приспособления успешно применялись и в послевоенное время.

Лимберг Александр Александрович – выдающийся русский стоматолог, который жил и работал в блокадном Ленинграде. Внес значительный вклад в стоматологию во время Великой Отечественной войны.

Во время Второй мировой войны Лимберг служил стоматологом в Советской Армии, его усилия оказались критически важными для поддержания

здоровья солдат. Опыт и знания Лимберга помогли ему разработать не только методы лечения стоматологических заболеваний, но и технику восстановления зубов, поврежденных в результате огнестрельных или осколочных ранений.

Оказывая помощь бойцам с ранениями челюстно-лицевой области, Александр Александрович Лимберг пришел к выводу, что важным моментом является иммобилизация пострадавших. В связи с этим им была разработана шина, которая напоминала стоматологическую ложку для снятия оттисков, которая накладывалась на беззубый альвеолярный отросток или на зубной ряд пациента [3]. Такая шина являлась хорошим средством иммобилизации отломков челюстей во время транспортировки раненого.

В период своей медицинской практики А.А. Лимбергом было написано множество медицинских пособий и научных работ, в том числе по челюстно-лицевой хирургии и ортопедии. Одной из таких работ является «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела», а написал он ее в осажденном городе. Спустя некоторое время за эту работу Лимберг получил Государственную премию СССР.

Впервые проволочную шину при ранении челюстно-лицевой области А.А. Лимберг использовал в 1916 году. Позже совместно с П.П. Львовым он рассматривал и проводил практику лечения переломов челюстей известными методами. Результаты подобных исследований Лимберг представлял на съездах русских хирургов.

Также он предложил применять расщепленную часть ребра для костной пластики нижней челюсти.

В 1938 году был издан первый в СССР учебник по хирургической стоматологии, авторами которого являлись А.А. Лимберг и П.П. Львов [2].

Благодаря старанию и упорству А.А. Лимберг стал основоположником современной теории о лечении повреждений тканей лица и челюстей. Он издал 150 научных работ, 2 учебников по хирургической стоматологии и 10

монографий и руководств. Большую часть опыта для написания своих работ Лимберг приобрел во время войны.

Таким образом, Александр Александрович Лимберг был важной фигурой в стоматологии в годы войны. Наследие Лимберга в этой области продолжает влиять на эту область и сегодня, и его работа – напоминание и важности, которую играли стоматологи в военное время.

Во время Великой Отечественной войны в медицинских учреждениях широкое применение нашли и гнутые шины по С.С. Тигерштедту.

После Великой Отечественной войны усовершенствование способов закрепления отломков нижней челюсти было направлено на упрощение техники изготовления шин, на ускорение процесса закрепления шин с помощью быстротвердеющих пластмасс.

Челюстно-лицевая ортопедия приобрела новые качества, впоследствии стала советской ортопедией. Со временем возросло качество обслуживания раненых в челюстно-лицевую область, что благоприятно отражалось на эффективности ортопедического лечения. Благодаря четко продуманной и организованной сети специализированных лечебных учреждений в действующей армии и в тылу было полностью излечено и возвращено в строй 85,1% раненых. Это помогло снизить процент смертности тяжелораненых в лицо, процент солдат, которые впоследствии становились инвалидами. Таким образом, стоматологическая помощь сыграла важнейшую роль в поддержании здоровья советских воинов в годы Великой Отечественной войны.

Список литературы

1. Лукомский, И.Г. Об улучшении оказания зубоврачебной и стоматологической помощи в СССР/ И.Г. Лукомский // Стоматология. 1946. - № 3. - с.55.
2. Пахомов, Г.Н. Перспективы развития стоматологической помощи в СССР/ Г.Н.Пахомов // Основы организации стоматологической помощи населению. М. -1983.-С. 5-34.

3. Энтин, Д.А. Организация помощи и лечения челюстно-лицевых раненых на опыте боевых операций у реки Халхин-Гол и в Финляндии в 1939 и 1940 гг./ Д.А.Энтин // Стоматология. 1940. - №5. - С. 9-21.

АНАЛИЗ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА ФАПА В ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ УХОДУ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ

*Карнаухова О.М.
Научные руководители – Копылович М.В., Ловакова И.А,
преподаватели Щигровского филиала
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Щигры*

Актуальность работы заключается в рассмотрении возможностей для максимального приближения качественной медицинской помощи пожилому населению в условиях фельдшерско-акушерских пунктов.

Цель работы: оценить взаимодействие фельдшера Вишневого ФАПа ОБУЗ «Щигровская ЦРБ» с родственниками прикрепленного населения в организации обучения уходу за тяжелобольным пациентом.

Задачи работы:

1. Изучить теоретический материал по теме и нормативные документы.
2. Изучить данные статистики по выбранному направлению исследовательской работы.
3. Разработать анкету для родственников, осуществляющих уход за тяжелобольным пациентом.
4. Проанализировать полученные в ходе анкетирования результаты.
5. Разработать практические рекомендации по обучению уходу родственников тяжелобольного пациента.
6. Привлечь внимание общественности к проблемам, возникающим при организации помощи пожилым людям.

Объектом исследования является профессиональная деятельность фельдшера ФАПа.

Предметом исследования является организация обучения родственников уходу за тяжелобольным пациентом.

Гипотеза предполагает, что создание фельдшером условий решения по снижению нарушений потребностей тяжелобольных пациентов, создания благоприятной психологической атмосферы в семье, повышения медицинской грамотности родственников, приведет к достижению оптимального уровня жизни пациента.

Методы исследования: аналитический, статистический, анкетирование, беседа, опрос, наблюдение.

Статистические данные по Курской области показывают, что 63,2% лиц старше 55 лет испытывают потребность в уходе и лечении в случае заболевания. 10,4% во время болезни нуждаются в постоянном уходе в дневное время, вследствие имеющихся трудностей в передвижении. 26,4 % нуждаются в постоянном круглосуточном уходе.

По оценке Федеральной службы государственной статистики численность населения (постоянных жителей) Щигровского района Курской области на 1 ноября 2022 года составляет 9 635 человек, из них 2794 человека – лица пожилого и старческого возраста[2].

Среди взрослого населения, насчитывается 722 инвалида, из них 91 относится к первой группе инвалидности, 62 – старше 55 лет и относятся к категории неподвижных пациентов [2].

Население Щигровского района распределено между двадцати одним фельдшерско-акушерским пунктом ОБУЗ «Щигровская ЦРБ».

Согласно статистическим данным, частота встречаемости статуса тяжелобольного пациента, достаточно высока, только онкологических больных в Щигровском р-не насчитывается 62,16 на 10 тыс. населения, из них 15,7 на 10 тыс. населения – онкология последней стадии, в том числе и у лиц старше 55 лет [2].

В поселке прописано 437 человек, постоянно проживают 344, население трудоспособного возраста вынуждено мигрирует на заработки, что осложняет работу фельдшера с ними. К категории тяжелобольных пациентов относятся 11 человек, ведущее место здесь занимают онкологические заболевания. Из них 5 человек постоянно нуждаются в дополнительном уходе. К наиболее частым проблемам, возникающим у этих пациентов можно отнести боли различной локализации (это основная жалоба), слабость и запоры. Это объясняется не только их основным заболеванием, но еще и возрастом пациентом (57-90 лет) и ограниченной двигательной активностью. Несмотря на то, что 2 пациентов являются полностью неподвижными, проблемы пролежни, выявлено не было, что говорит о хорошем уходе и правильной работе фельдшера при обучении организации ухода за пациентами на дому.

Патронаж к тяжелобольным осуществляется планомерно, зависит от тяжести состояния пациента, но не менее 1 раза в месяц, при каждом патронаже, проведение обучения родственников пациента по их требованию, либо, если при патронаже выясняется, что в это есть необходимость.

В ходе исследовательской работы нами было проведено анкетирование родственников тяжелобольных пациентов, прикрепленных к фельдшерско-акушерскому пункту поселка Вишневка ОБУЗ «Щигровская Центральная районная больница». Исследование проводилось на основе добровольного информированного согласия пациентов и их родственников, в соответствии с международными этическими требованиями ВОЗ (Женева, 1993).

Анкетирование проводилось по специально разработанным анкетам, состоящим из 20 вопросов, в котором участвовало 20 человек (как оказалось одному родственнику очень сложно постоянно ухаживать за тяжелобольным или неподвижным пациентом, поэтому чаще всего в работу включается вся семья, что трудоспособным гражданам осуществлять уход без отрыва от работы).

Из них ухаживают за родителями 16 человек (80%), супругами 4 человека (20%) При ответе на вопрос: «Как Вы думаете, какими качествами дол-

жен обладать фельдшер при осуществлении обучения уходу за тяжелобольным пациентом (профессионализм, заинтересованность в пациенте, сострадание, соучастие, сочувствие, доброжелательность, безразличие)?» 45% выбрали «Профессионализм», 22% – «Заинтересованность в пациенте», 11% – «Сострадание», 11% – «Сочувствие», 11% – «Доброжелательность». 70% опрошенных отмечают, что имеют знания по уходу за тяжелобольным.

25% - хотели бы получить консультацию по пособию в передвижении пациента по дому, 20% - нуждаются в пособии по перестиланию кровати, 15% - пособие в личной гигиене у неподвижного пациента. 60% респондентов отмечают, что регулярно бы посещали «Школу ухода за тяжелобольным», т.к. время от времени у них возникают вопросы, связанные с уходом.

Подкреплять знания и умения по уходу за пациентом хотели бы все респонденты, причем 50% хотели бы делать это достаточно регулярно 50% респондентов, указывают на то, что используют в уходе за пациентом одноразовые пеленки и памперсы, в основном фирмы Seni. Это значит, ухаживающий должен знать, что такое опрелости и как их избежать. 50% анкетированных указывают на то, что им требуется консультативная помощь по подбору гигиенических средств ухода за пациентом

профессионализм, заинтересованность в пациенте, сострадание, сочувствие, доброжелательность.

Выводы:

1. Необходимо отметить, что в лице ухаживающих родственников, мы наблюдаем, что 80% ухаживающих – это дети, а 20% - супруги. Поэтому не у всех имеются опыт и знания в уходе за тяжелобольными пациентами.

2. Большинство респондентов отмечают необходимость обучения манипуляциям, связанным с уходом за тяжелобольным и неподвижным пациентом.

3. Создание «Школы ухода за тяжелобольными» на базе ФАП позволит совместно с родственниками таких пациентов решать проблемы степени зависимости и нужды в сторонней помощи, выявлять характер, продолжи-

тельность и объем социально-бытовой, консультативно-обучающей, медицинской помощи, проводить психологическую подготовку родственников ухаживающих за неподвижным или тяжелобольным пациентом, проводить полноценное обучение ухаживающих.

Список литературы

1. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 368 с. – Текст: непосредственный.
2. Федеральная служба Государственной статистики – Текст: электронный URL -<https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения 30.01.2023).
3. Якушева, Е. Н. Современные подходы к активизации пациентов, длительно находящихся на постельном режиме / Е.Н. Якушева // Медицинская сестра. - 2017. - № 5. - С. 14-18. - Текст: непосредственный.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

Качанова К.Д.

*Научный руководитель – Артищева Е.С. преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Человечество на протяжении многих тысячелетий испытывает серьезные трудности и страдания, связанные с проблемами и заболеваниями суставов. Артриты, артрозы, травмы, опухоли, воздействие возрастных и гормональных изменений и прочие неприятности приносят разрушительные последствия для костей и хрящевой ткани.

Заболевания, связанные с опорно-двигательной системой, к сожалению, невозможно вылечить без хирургического вмешательства, со временем будет только хуже, так как хрящевая ткань имеет ограниченную способность к регенерации, можно лишь притормозить дегенеративный процесс и на время устранить симптомы, такие как боль и спазмы.

Нарушение функций суставов отнимает у людей возможность заниматься спортом, вести активный образ жизни и постоянно мучают их сильными болями. В дополнение к этому, старение организма приводит к изнашиванию хрящевой и костной ткани, что вынуждает огромное количество людей обращаться к операции по эндопротезированию суставов. Ежегодно, в мире, проводится около 2 миллионов таких операций.

Однако, делая эндопротезирование суставов, врачи дарят людям «вторую жизнь». Они снова могут заниматься спортом, проходить большие дистанции, возвращая себе полную подвижность и жизнь без болей и ограничений в движении.

Эндопротезирование суставов – это очень сложная операция, которая требует большой скрупулезности от хирурга, ведь малейшее отклонение от анатомического положения сустава приведет к большим проблемам. [1]

Главная цель – это устранение болевых ощущений и возвращение сустава к природной кинематике.

В ходе данной операции проводится удаление пораженных участков кости и суставного хряща у пациента, которые затем заменяются специальными протезами. Причем, протезы точно повторяют анатомическую форму и размеры сустава, что позволяет полностью восстановить его функциональность. В зависимости от степени повреждения, замена может быть полной, когда оба компонента сустава заменяются, либо частичной, когда заменяется только одна сторона сочленения. [1]

После проведенной операции очень важно грамотно и четко построить план реабилитации пациента, правильно оказанная помощь приведет к полному восстановлению, как физического, так и психологического здоровья пациента.

«В реабилитации важную роль играет средний медицинский персонал, к обязанностям которого относят:

- Гигиена послеоперационного шва;
- Питание;
- Прием лекарственных средств;
- Передвижение на костылях/ходунках, удержание равновесия, ходьба по лестнице, усаживание на стул, укладывание в постель и вставание;
- Лечебная физическая культура;
- Рекомендации в послеоперационный период;
- Осуществление назначенных врачом процедур;
- Информирование о процессе реабилитации;
- Консультации по после реабилитационному периоду;
- Информирование об осложнениях.» [2]

Для определения роли среднего медицинского персонала в процессе реабилитации, нами было проведено анкетирование среди пациентов перенесших эндопротезирование. Анкета содержала 10 вопросов, которые требовали ответов да/нет, а также с выбором одного или нескольких вариантов.

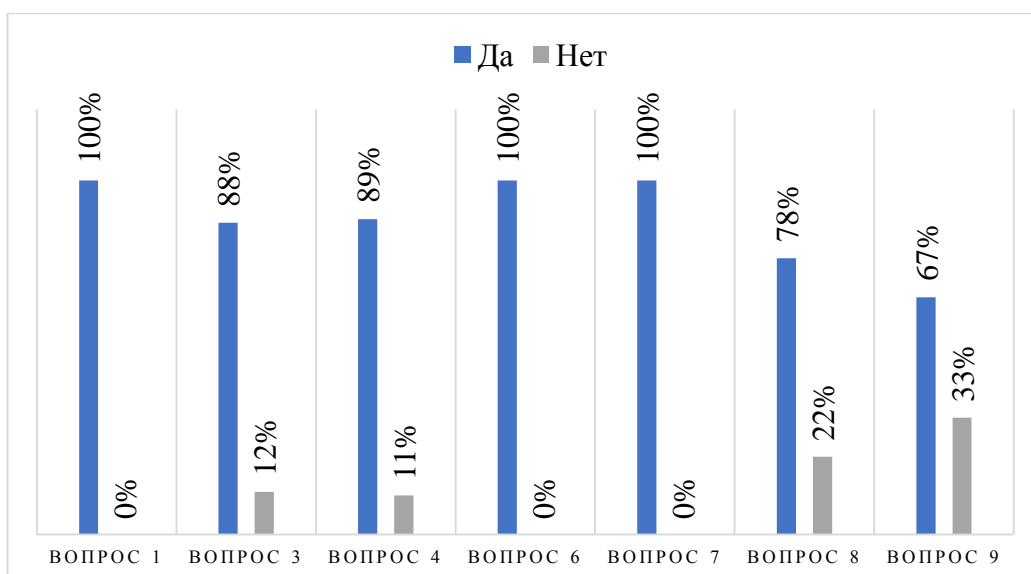


Рисунок 1 – Ответы респондентов

100% респондентов ответили, что знают, что такое протезирование суставов (рис.1).



Рисунок 2 – Источник информации

55% опрошенных осведомлены о протезировании суставов от медицинского работника, а 45% из интернет-источников (рис.2).

88% респондентов отметили, что медицинская сестра бала доброжелательна к ним, а 12% прокомментировали о проявлении нервозности и непрофессиональном отношении (рис.1).



Рисунок 3 – Медицинская помощь

Помощью медицинской сестры удовлетворены 89% опрошенных (рис.1), причем 82% отметили, что вся помощь была оказана в полном объеме, а 18% не хватило внимания со стороны медицинского работника (рис.3).

Все респонденты (100%) отметили, что медработник вовремя осуществлял назначения врача и постоянно контролировал их самочувствием (рис.1).

Большая часть опрошенных была осведомлена о процессе реабилитации (78%) и 22% такой информации не предоставили (рис.1).

67% респондентов получили консультацию от медсестры по жизненно важным вопросам (прогулки пешком, занятия спортом, поездки в автомобиле, воздушные перелеты и тд.) (рис.1).

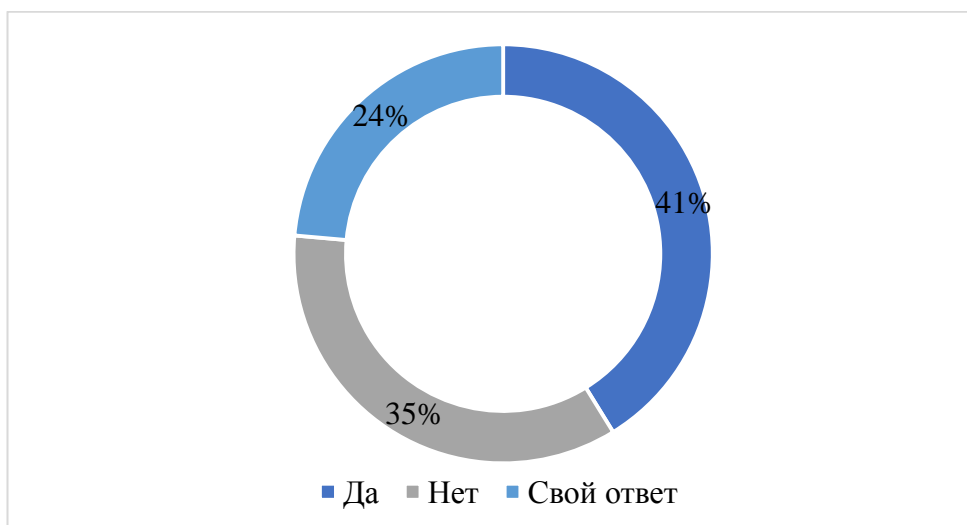


Рисунок 4 – Поддержка со стороны медицинского работника

Один из вопросов касался моральной поддержки со стороны медработника. 65% опрошенных получили поддержку и 24% из них, отметили, что она была очень важна и повлияла на процесс выздоровления (см.рис.4).

По итогу анкетирования были сформулированы следующие выводы:

1. Большинство людей осведомлены о понятии эндопротезирования, что говорит о том, как актуальна эта проблема, также почти половина респондентов самостоятельно интересовались данным заболеванием через интернет источники.

2. К сожалению, в нашей стране остается проблема квалификации медицинских работников, которые не могут оказать помощь в полном объеме влияя на ход реабилитации пациента. Данную проблему можно решить, организовав курсы и семинары.

3. Моральная поддержка оказалась очень важна для всех респондентов и является залогом полного выздоровления, ведь по исследованиям большой процент успеха реабилитации зависит от психофункционального состояния.

Список литературы

1. Загородний Н.В. Методическое пособие по эндопротезированию тазобедренного сустава с реабилитацией: методическое пособие / Н.В. Загородний, М.А. Еремушкин. – М.: 2019. – 40 с.

2. Милькаманович В.К. Сестринское наблюдение и уход при заболеваниях опорно-двигательного аппарата // Медицинские знания. – 2012. – № 4. – С. 24–28.

3. Пинчук Л.С. Эндопротезирование суставов: технические и медико-биологические аспекты / Л. С. Пинчук, В. И. Николаев, Е. А. Цветкова. – Гомель, 2003. – 308 с.

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЁЖИ К СУРРОГАТНОМУ МАТЕРИНСТВУ

Кашолкина А.А.

*Научный руководитель – Метленко Е.А., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность. Наука никогда не стоит на месте, а особенно сегодня, в наш век инновационных технологий, она движется вперёд со скоростью света, открывая для людей всё больше новых возможностей. Кажется, что человеку подвластно всё. Значительных результатов учёные достигли в относительно новой сфере – сфере биотехнологий. Современная биомедицина позволила не только подробно изучить природу человека, но и проникнуть в неё, стать «Создателем». Наиболее яркими примерами такого вторжения служат генная инженерия и вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), растущее применение которых порождает множество морально-этических проблем. В частности, нерациональное их использование становится реальным фактором разрушения традиционных общественных устоев. Острыми дискуссиями в этом аспекте сопровождается набирающее всё большую популярность в XXI веке суррогатное материнство.

Целью данной работы является освещение мнения молодого поколения касательно морально-этических аспектов суррогатного материнства.

Задачи исследования:

- дать характеристику морально-этических проблем суррогатного материнства;
- рассмотреть отношение молодёжи к данным проблемам;
- определить тенденции отношения к суррогатному материнству в России в ближайшей перспективе.

Итак, к этическим аспектам рассматриваемой ВРТ можно отнести высокую вероятность смерти суррогатной матери. По статистике риски при суррогатном материнстве выше рисков обычной беременности. Суррогатная

мать и вынашиваемый ей плод не являются генетически близкими организмами, что повышает возможность его отторжения и проблем со здоровьем, как дитя, так и матери. Учитывая, что жизнь и здоровье – высшие нематериальные ценности, возникает противоречие: благая цель может привести к неблагоприятным последствиям.

Что касается малыша, рождённого данным способом, то имеет место множество суждений о его превращении в товар. Де-юре проблема разрешена однозначно: процедура рассматривается не как купля-продажа ребёнка, а как возмездная услуга со стороны суррогатной матери: оплата не за дитя, а за его рождение. Но приемлемо ли платить за рождение человека с этической точки зрения?

Следующая проблема связана с доступностью процедуры. Суррогатное материнство – методика более доступная состоятельным семьям, что тоже подвергает сомнению её правильность и необходимость. Всё больше женщин прибегает к помощи суррогатных мам не потому, что не могут забеременеть, выносить и родить ребёнка самостоятельно, а чтобы сохранить фигуру, красоту, исключить риски для своего здоровья или избежать боли. Всероссийский опрос ВЦИОМ показал, что, чем выше доходы семьи, тем больше вероятность использования ими технологии суррогатного материнства. Лишь 21 % опрошенных с низким доходом предпочли бы данный метод, в то время как среди людей с высоким доходом этот процент возрастает до 30 % [1]. Разве среднестатистическая российская семья, готовая на всё ради малыша, меньше заслуживает право воспитывать ребёнка, чем богатая теледива, которая боится за свою внешность?

По итогам множества исследований в области психологии и медицины доказано, что во время беременности между матерью и ребёнком формируется тесная связь. Исходя из этого тезиса, суррогатная мать может сильно привязаться к малышу. После расставания с ребёнком женщина будет переживать сильнейший стресс, который не способны компенсировать никакие

средства. Не исключен вариант, что мать не захочет отдать ребёнка, даже зная, что генетически он ей не родной.

Генетические родители тоже оказываются в сложной ситуации: им нужно следить за четким исполнением суррогатной мамой всех условий договора для рождения здорового ребёнка. При этом генетическая мать может не проникнуться к полученному ребёнку такими искренними чувствами, как выносившая его женщина, следовательно, не сможет подарить малышу настоящее добро, любовь и заботу.

Материалы и методы исследования. Для анализа позиции молодёжи по морально-этическим проблемам суррогатного материнства было проведено анкетирование 196 студентов 1 – 4-х курсов МФК КГМУ. В качестве признака деления выбраны категории: студенты 16-18 лет (67,3 %) и студенты 19-25 лет (32,7 %). По социально-демографическим характеристикам респонденты распределились следующим образом: 93,9 % составили женщины, 6,1 % – мужчины.

Результаты исследования. На вопрос о понимании термина «суррогатное материнство», 99 % опрошенных дали утвердительный ответ. Большинство респондентов относится к данной ВРТ положительно (79,6 %), более того, 56,6 % считают, что они могли бы воспользоваться услугами суррогатной матери в случае необходимости. В то же время 43,4 % опрошенных не приемлют использование данного метода, а непосредственно участвовать в процессе – выступить в роли суррогатной матери или донора для суррогатного материнства – не готова большая часть опрошенных (88,3%). Таким образом, суррогатное материнство – известная для молодёжи ВРТ, но реально желающих принимать в ней участие крайне мало, что в целом объясняется социальной незрелостью аудитории.

Для относительного большинства опрошенных (54,2 %) данная технология считается допустимой только по медицинским показаниям, в случае неэффективности прочих способов, а 35,7 % допускают возможность ВРТ как в случае с медицинскими показаниями, так и, если женщина не хочет ро-

жать сама, беспокоится о фигуре или боится боли. По мнению 53,6 % опрошенных, прибегать к процедуре суррогатного материнства недопустимо, если женщина не имеет противопоказаний к самостоятельным родам. Таким образом, большинство относится к суррогатному материнству, как к медицинской процедуре, недопустимой для всеобщего использования. Более того, оказалось, что даже среди современной молодёжи есть небольшой процент, который говорит о категорическом запрете на данную репродуктивную технологию в силу её аморальности (11,2 %).

В вопросе о психологическом климате в семье при рождении ребёнка с помощью данной технологии, ответы распределились следующим образом: 75 % считают, что это полностью зависит от родителей; 16,8 % думают, что на психологический климат в семье ВРТ не повлияет; 5,6 % сказали об изменениях в худшую сторону, а 2,6 % – в лучшую сторону. Что касается отношения генетической матери к ребёнку, рождённому при помощи суррогатного материнства, 82,1 % опрошенных полагают, что женщина будет относиться к такому малышу также, как к рождённому самостоятельно. Действительно, статистические данные говорят о том, что психологический климат в семье с ребёнком, рождённым при помощи суррогатного материнства, будет весьма благоприятным в случае, если родители приложат к этому усилия [2].

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сказать, что молодое поколение в целом относится к суррогатному материнству положительно. Однако большинство видит в данной ВРТ именно способ решения медицинских проблем с зачатием и вынашиванием плода у женщин, а не возможность решения имиджевых проблем. Мнения о том, как суррогатное материнство отразится на отношениях матери и ребёнка противоречивы, но всё же перевес на стороне тех, кто указывает на большую степень ответственности генетических родителей за благополучие ребёнка.

Подводя итог, отметим, что вокруг проблемы суррогатного материнства всегда будут возникать споры. Всероссийская статистика показывает, что люди старшего возраста более консервативны в этом вопросе, а моло-

дѣжь более лояльна [3], что подтверждают и данные нашего исследования. Но следует признать, что в ближайшей перспективе отношение к этому виду ВРТ, как к средству помощи пациентам, будет улучшаться.

Список литературы

1. Абрамовская, Д.В., Волкова, А.А., Серёгин, Д.С. Суррогатное материнство, современный взгляд / Д.В. Абрамовская, А.А. Волкова, Д.С. Серёгин// Вопросы студенческой науки: выпуск №12 (40). – Декабрь 2019 – Россия, Киров: ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет».

2. Исупова, О.Г., Русанова, Н.Е. Восприятие вспомогательных репродуктивных технологий российской студенческой молодёжью / О.Г. Исупова, Н.Е. Русанова. – Текст: электронный. // Народонаселение. – Россия, Москва: Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН, Научно-Исследовательский Университет «Высшая Школа Экономики», 2021. Т. 24. — № 4. — С. 34-46. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vospriyatie-vspomogatelnyh-reproduktivnyh-tehnologiy-rossiyskoy-studencheskoy-molodyozhyu> (дата обращения: 26.02.2024).

3. Тювина, Н.А., Николаевская, А.О. Психоневрологические, морально-этические и социокультурные аспекты вспомогательных репродуктивных технологий / Н.А. Тювина, А.О. Николаевская// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – Россия, Москва: ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», 2020. – № 12(5). – 104–110.

АБОР. ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ

*Клем Н.М., Филина Л.А.
Научный руководитель – Петрова Н.В., преподаватель
БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж», г. Орел*

Аборт (от латинского «abortus» — «выкидыш») — искусственное прерывание беременности.

Каждый год в мире производится около 53 млн. абортов. Несмотря на то, что сегодня вряд ли найдется хоть один человек, который бы относился к абортам положительно, во всех странах женщины прибегают к этому методу, чтобы прервать беременность, оказавшуюся нежеланной. Однако уровень абортов в различных странах существенно различается. Так, например, в Японии, Нидерландах, Англии, Финляндии, Швеции их число сведено к минимуму. В России аборты до сих пор остаются основным способом регулирования рождаемости, по их числу мы занимаем второе место в мире после Румынии. Ежегодно в России производится свыше 2 миллионов абортов, причем около 10% из них приходится на молодых женщин в возрасте до 19 лет. Количество абортов среди подростков в России является одним из самых высоких в мире. Абортом заканчивается первая беременность у 94% подростков моложе 14 лет и у половины подростков 15-19 лет.

Лучшей профилактикой абортов является грамотное планирование беременности (семьи), использование современных методов контрацепции.

Планирование семьи – это комплекс медико-социальных мероприятий, позволяющий предупредить нежелательную беременность, обеспечить оптимальный интервал между родами с учетом возраста женщины, её здоровья, количества детей в семье и других факторов, т.е. предупреждение слишком ранних, поздних и частых родов. Правильно подобранные средства контрацепции, помимо контрацептивного эффекта, оказывают лечебное действие, могут предупреждать инфекции, передаваемые половым путём.

Методы контрацепции

К методам контрацепции относятся оральные контрацептивы, имплантаты, инъекционные препараты, пластыри, вагинальные кольца, внутриматочные спирали, презервативы, мужская и женская стерилизация, методы лактационной аменореи, прерванный половой акт, а также методы, основанные на отслеживании периодов фертильности. Все они основаны на разных механизмах действия и обладают разной эффективностью в том, что касается профилактики нежелательной беременности. Эффективность каждого метода измеряется числом случаев наступления беременности на 100 женщин, пользующихся этим методом, в год. Обычно эти методы классифицируются по степени их эффективности следующим образом:

очень эффективные (0–0,9 беременностей на 100 женщин)

эффективные (1–9 беременностей на 100 женщин)

умеренно эффективные (10–19 беременностей на 100 женщин)

низкоэффективные (20 беременностей на 100 женщин).

Было проведено анкетирование среди студентов Орловского базового медицинского колледжа, целью которого являлось: оценить информированность представителей молодежи по вопросам планирования семьи, их приверженность использованию разных методов контрацепции.

На основе полученных результатов, выяснилось, что наиболее популярный метод контрацепции среди анкетированных – презервативы (73,8%). Второе место занимает – прерванный половой акт. Третье место занимают оральные контрацептивы.

Исходя из этих данных можно сделать заключение, что осведомленность по вопросам планирования семьи среди представителей молодежи недостаточна. Соответственно это отражается на их предпочтениях в выборе контрацепции. Необходимо совершенствовать знания в области планирования семьи и популяризировать высокоэффективные методы контрацепции.

Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.

Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая - седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая - десятая недели беременности.

Так же возможно **прерывания беременности по медицинским показаниям**, к таким относятся:

Со стороны матери:

ревматические и врожденные пороки сердца (тяжелая сердечная недостаточность)

лейкемия

онкологические злокачественные заболевания (особенно при которых требуется выполнение курса химиотерапии на область малого таза)

активная форма туберкулеза, сифилиса, ВИЧ

тяжелые психические заболевания, к которым относится шизофрения

заболевания нервной системы (эпилепсия, каталепсия и нарколепсия)

краснуха в период беременности

серьезные заболевания эндокринной системы (среди которых диабет, пролактинома гиперпаратиреоз и некоторые другие заболевания)

тяжелые патологии жизненноважных внутренних органов (печени, почек) с нарушением их функции

серьезные заболевания органов зрения

Со стороны плода:

замершая беременность

серьезные пороки внутриутробного развития
хромосомные нарушения

В настоящее время существует три вида искусственного прерывания беременности.

1.Медикаментозный аборт.

На сегодняшний день медикаментозный аборт наиболее безопасная технология прерывания беременности. Он не подразумевает операционно-хирургического вмешательства, которого так опасаются женщины. При медикаментозном аборте пациентки принимают внутрь лекарственные средства по определенной схеме.

Сроки прерывания беременности при медикаментозном аборте до 9 недель беременности.

2.Вакуумный аборт.

Часто подобную разновидности прерывания беременности называют «мини-абортом». Считается, что после вакуумного аборта женский организм восстанавливается быстрее, чем после хирургического. При «мини-аборте» осуществляется медицинское вмешательство в полость матки с использованием специального оборудования (вакуумного аспиратора).

Сроки проведения – до 20 дней задержки менструации (5-6 недель).

3.Хирургический аборт.

Является так называемым «классическим» абортом, который еще называют в народе «выскабливанием». Считается самым опасным из всех, так как может повлечь за собой катастрофические последствия. Особенно опасен такой вид аборта для первобеременных, молодых девушек – есть риск, что после подобного прерывания беременности они не смогут иметь детей в будущем.

Возможные осложнения во время проведения аборта:

Обильное кровотечение, требующее хирургического вмешательства.

Массивное кровотечение, требующее переливания крови.

Повреждение шейки матки.

Перфорация матки.

Если эти осложнения случаются, то может быть предложено хирургическое (оперативное) лечение.

Возможные осложнения после аборта:

Инфекция. Прием антибиотиков может уменьшить риск этого осложнения. При отсутствии лечения у женщин групп риска может развиться тяжелая инфекция (острые воспалительные заболевания органов малого таза).

Наличие хламидийной инфекции до аборта повышает риск сальпингитов («воспаление придатков матки»).

Вторичное бесплодие.

Неполный аборт, что потребует дополнительного опорожнения полости матки методом вакуумной аспирации.

Увеличение в будущем риска преждевременных родов.

Любой аборт ведет к изменению гормонального фона в женском организме. Это приводит к развитию гинекологических заболеваний, набору веса, нарушению обменных процессов.

Наконец, нельзя обойти стороной и психические последствия аборта. Это особенно актуально для молодых девушек, для которых аборт может стать настоящим шоком. В этом случае психологи говорят о «постабортном синдроме», которому присуще сильнейшая депрессия, стресс.

Список литературы

1. Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 432с.
2. <https://dzhmao.ru/info/articles/profilaktika-abortov/>
3. <http://perinatal-komi.ru/patients/article/abort-i-ego-posledstviia/>
4. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
5. <https://clinic21.ru/news/vidy-i-metody-kontratseptsii/>

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАСТИЯ – СВЯЗЬ ПОКОЛЕНИЙ

Козлитина В.В.

*Научный руководитель - Сорокина Т.И., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

В настоящее время истории медицины не заслуженно мало уделяется внимания медицинским династиям, ее истокам, авторы не знакомят читателей с примечательными примерами из прошлого. Но ведь даже в далеко миновшем можно было бы почерпнуть множество интересных фактов.

Мы своим исследованием попытались чуть-чуть восполнить этот пробел. Темой нашей поисковой работы стало изучение фармацевтических династий выпускников нашего колледжа.

Цель: узнать о наиболее известных династиях, выпускниках, вышедших из стен нашего Курского медико-фармацевтического колледжа.

Задачи: познакомиться с историей профессии, через судьбы людей, представителей фармацевтических династий; осознать свою причастность к выбранной профессии.

В ходе работы над поставленной проблемой, собран достаточно богатый материал. Мы решили остановиться на самой интересной, по нашему мнению, истории фармацевтической династии семьи Лиштвановых.

Фармацевтическая династия Лиштвановых зародилась в 1915 году, когда её основатель учился в Тифлисской фельдшерской школе. Ее истории уже более 100 лет. Это четыре поколения, двенадцать членов семьи, посвятивших себя одной из достойнейших профессий - фармации. В общей сложности – приблизительно 230 лет служения охране здоровья людей. Основателями династий становились сильные и неординарные личности, потому что именно такие люди в будущем могли стать примером для подражания, могли воздействовать на последующие поколения.

У истоков династии стоит Лиштванов Ефим Семенович. Участник двух войн – Гражданской и Великой Отечественной войны. Стал на путь медицины еще в 1914 году, когда добровольцем ушёл на фронт, работая военным фельдшером. А с 1915 г. учился в Тифлисской фельдшерской школе [1]. Отсюда и начала свой отсчет история династии. С 1918 г. - помощник лекаря в 9^{ой} Стрелковой дивизии, сформированной в г. Курске. В 1924 г. работал аптечным работником в селе Ивановское Курской области. Позже, в 1927 году, поступает учиться на Фармацевтические курсы в г. Курске. И вскоре был назначен заместителем директора Центрального аптечного склада при аптекоуправлении г. Курска. С 1930 г. назначен управляющим аптекой № 206 села Ржава Курской области. С 1933 г. - управляющий аптекой № 56 в г. Старый Оскол Курской области. С 1940 г. по 1941 г. обучался на курсах фармацевтов в Киевском Фармацевтическом институте и получил звание «помощник провизора». В 1942 г. работал в военном госпитале в г. Саранске Мордовской АССР [1]. С февраля 1943 г. - управляющий Курского аптекоуправления, а уже через год был назначен на должность директора Курского фармацевтического завода, проработав в этой должности до ухода на заслуженный отдых. Ефим Семенович - отец фармацевтической династии Лиштвановых, отдал своему ремеслу, своей профессии более 40 лет жизни.

Долгие годы вместе с Ефимом Семеновичем была его жена Лиштванова (Джваршейшвили) Нина Георгиевна (Ягоровна), которая во всем следовала за мужем, в том числе и в профессии. В 1927 г. с детьми переехала из Грузии в г. Курск и, именно по его настоянию, поступила учиться в Курскую фармацевтическую школу, получив специальность помощника провизора. Освоив профессию, стала работать в аптеке г. Курска, а затем в аптеках населённых пунктов, куда направляли работать мужа, отдав любимой профессии более 30 лет [1].

Когда-то в семьях того времени действовал негласный закон: сын должен был осваивать ремесло, которым занимался его отец. В семье Лиштвановых, по стопам отца, освоить ремесло фармацевта решился Вилен Ефимович.

Уникальный человек, так любивший свою профессию - Лиштванов Вилен Ефимович, посвящал и отдавал себя ей без остатка более 40 лет. Родился 13.09.1922 г. [3] в с. Ианети Самтредского района Грузинской ССР [1]. Участник Великой Отечественной Войны, призван в армию в июне 1941 года, прошел всю войну, был ранен, демобилизован [2]. Имел правительственные награды: ордена «Красной звезды» и «Отечественной войны I степени», две медали «За отвагу», медали: «За взятие Вены», «За Победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.» и многими юбилейными наградами за участие в Великой Отечественной Войне [2]. После демобилизации вернулся в г. Курск и, с января 1947 г., стал работать лаборантом Курского мединститута, в сентябре 1948 г. поступил учиться в Курскую фармацевтическую школу, которую окончил в августе 1951 г., с сентября того же года учился в Московском фармацевтическом институте, получил диплом о высшем образовании, в августе 1958 г. был назначен заведующим аптекой № 13 с. Борисовка Белгородской области, с января 1963 г. - контролёр аптеки № 5 г. Курска, а с октября того же года назначен управляющим аптекой № 96, где проработал более 20 лет, затем назначен на должность провизора-технолога аптеки № 3 г. Курска, где проработал до выхода на заслуженный отдых [2].

Стены фармацевтической школы, в которую в сентябре 1948 года поступила учиться Зоя Георгиевна, стали невольными свидетелями зарождения новой ветви династии Лиштвановых. В июне 1951 г., после окончания фармацевтической школы, она выходит замуж за Лиштванова Вилена Ефимовича [2]. И по праву становится следующим членом этой славной династии. В сентябре того же года, по распределению, была направлена работать в аптеку пос. Беленихино Белгородской области, в августе 1958 г. с семьёй переехала в с. Борисовка Белгородской области, где стала работать провизором, с 1963 г. - контролёр аптеки № 5, в 1957 г. заочно поступила в 1 Московский медицинский институт им. Сеченова на фармацевтический факультет и, в 1962 г., окончила его, получив диплом провизора. С 1969 г. работала преподавателем

фармацевтической химии в Курском фармацевтическом училище, где проработала до выхода на заслуженный отдых, в 1983 г. Зоя Георгиевна избиралась Председателем профсоюзного комитета училища, «Отличник здравоохранения» и «Ветеран труда». В профессии, в общей сложности, почти 40 лет [1].

Следом за родителями, по их стопам пошла старшая дочь Лиштванова (Шаповал) Нина Виленовна, которая в 1974 году окончила Курский Медицинский институт, получила специальность провизора, и уехала к месту службы мужа в г. Севастополь. В том же году Шаповал (Лиштвановна) Нина Виленовна поступила на работу провизором в аптеку Севастопольской городской больницы №9 [2].

Беззаветно любящая свое дело, несущая знамя династии и сумевшая передать любовь к профессии, чувство ответственности перед тремя предыдущими поколениями - своей дочери Веронике. (Новиковой Веронике Сергеевне). Еще с детства она знала: «Буду как мама: в большой светлой аптеке, в чистом белом халате и помогать людям». Ведь люди, искренне служащие фармации, хранят в себе уникальные знания, которые при их правильном применении приносят неоценимую пользу окружающим. Вероника Сергеевна выросла, но желание не пропало, и в 1990 г. она поступила учиться в Курский фармацевтический колледж. Окончив его с красным дипломом, поступает в Курский Государственный Медицинский университет на фарм. факультет. С 1998 г. начала свою успешную трудовую деятельность, сопровождающуюся карьерным ростом. В настоящее время работает заместителем директора по фармацевтической деятельности в г. Орле. За все время своей работы Вероника Сергеевна ни разу не пожалела о своем выборе, и вот уже 28 лет продолжает дело своих предков.

Двоюродная сестра Вероники Сергеевны, внучка Вилен Ефимовича и Зои Георгиевны – Лиштванова Александра Владимировна, под влиянием времени, когда все хотели быть юристами и экономистами, закончила финансовый факультет Сельскохозяйственной академии, имела хорошую работу,

достойную зарплату, но всегда считала, что чего-то ей не хватает. Наверное, все-таки общения с людьми, желание им помочь. Вот это и называется «зов крови», который сказал свое последнее слово. Поэтому, когда открылось вечернее отделение в фармацевтическом колледже, она, не раздумывая, поступила, чтобы продолжить славную профессию своих родственников и по праву считаться не просто членом семьи, а членом фармацевтической династии Лиштвановых. Успешно закончила колледж и работает в городе Набережные Челны в аптеке «Айболит» ООО «Челны-Град».

Встреча с людьми, которые живут общими интересами, дает удивительное ощущение целостности мира, созданного для того, чтобы жить в гармонии, чтобы творить не по обязанности, а по призванию. От общения с ними в душе возникает гордость за то, что они — твои земляки, и за то, что профессиональное становление большинства из них проходило в стенах нашего колледжа, которому 85 лет. Любая профессия требует от человека любви, упорства, настойчивости и знаний. Работа в аптеке это не только умение творить добро – это борьба за жизнь и здоровье. Чтобы прийти к успеху, надо научиться любить жизнь во всех её проявлениях, научиться любить людей, для которых работаешь. Работа фармацевта – это не только белый халат, лекарственные средства на витринах, это, в первую очередь, общение с людьми. Фармацевт должен быть всем сердцем предан своему делу, не бояться трудностей, постоянно совершенствовать свои знания.

Список литературы

1. Лиштванов, Е.С. Автобиография и учетный лист Лиштванова Ефима Сергеевича. /Архив областного комитета КПСС. - г. Курска, 2000 г.
2. Лиштванов, В.Е. Жизнь прожить - не поле перейти/ В.В. Лиштванов [1, с.5-7, 11, 15]. – г. Курск, 2008г.
3. Лиштванов, В.Е. Учетная карточка члена КПСС Лиштванова Вилены Ефимовича/Подлинник В.Е. Лиштванов. – г. Курск, 1941 г.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТАРООСКОЛЬСКОЙ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОЙ ШКОЛЫ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Колтакова П.Е.

*Научные руководители – Олейникова А.В., Акинина Л.Н., преподаватели
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Великая Отечественная война была серьезным испытанием для Советского государства. «Согласно рассекреченным данным Госплана СССР, потери Советского Союза во Второй мировой войне составляют 41 миллион 979 тысяч, а не 27 миллионов, как считалось ранее. Общая убыль населения СССР в 1941-1945 годы – более 52 миллионов 812 тысяч человек. Из них безвозвратные потери в результате действия факторов войны – более 19 миллионов военнослужащих и около 23 миллионов гражданского населения» [1]. Колоссальные потери!

Уже 22 июня 1941 г. Президиум Верховного Совета СССР принял Указ «О военном положении», а 29 июня ЦК ВКП (Б) и СНК СССР обратились к партийным и советским органам с директивой, в которой была изложена в общей форме программа мероприятий Коммунистической партии и государства по борьбе с врагом.

Что же касается медицины, то основным контролирующим органом было Главное военно-санитарное управление, руководителем которого был генерал-лейтенант медицинской службы Е.И. Смирнов. Основной задачей на первых этапах работы являлась задача восполнения понесенных потерь и удовлетворения возраставших запросов фронтов в медицинских силах и средствах. Если к началу войны, например, в гарнизонных и эвакуационных госпиталях было развернуто 35 540 коек, то к 1 июля 1941 г. в действующей армии число госпитальных коек было доведено до 122 тысяч, а к 1 августа 1942 г. – до 658 тысяч [3]. Серьезной проблемой был и вопрос кадров.

В решение проблемы дефицита кадров включился и наш Старооскольский медицинский колледж, в то время – Старооскольская фельдшерско-

акушерская школа. Фронт продвигался в сторону нашего города и его близость чувствовалась во всей жизни города. В здании ГРТ разместился эвакуогоспиталь № 1926, в нем работали все врачи-преподаватели. Когда город был объявлен на военном положении, с санитарными сумками через плечо, патрулировали по улицам преподаватели и учащиеся [4].

Осенью 1941 г. Старый Оскол стал уже прифронтовым городом, школа на некоторое время прекратила свою работу. Большая часть из 170 выпускников этого года вместе с преподавателями-врачами были мобилизованы на фронт. В 1942 г. выпуск медицинской школы составил 90 человек – 40 фельдшеров и 50 акушерок – практически все ушли спасать жизни защитников Родины [4].

В марте 1943 г. жизнь продиктовала необходимость открытия курсов медицинских сестер, которые нужны были и фронту, и тылу. Также по распоряжению облздравотдела в 1943 г. школа досрочно провела выпуск 3 курса и в сформированные в городе военные части в качестве военфельдшеров были призваны 30 выпускников. Среди них В. Переверзев, Ю. Ильхман, Н. Денисов, Т. Туркова, И. Уманский, В. Гладков и др. [4].

Но и те, кто окончил школу раньше, не остались в стороне. В числе первых выпускников была Енжаева Мария Федоровна – акушерка, выпускница 1939г., она прошла всю войну в Старооскольском эвакуогоспитале № 1926 старшей медицинской сестрой [4].

В числе выпускников-фельдшеров Толстых Елена Ивановна, которая в сентябре 1941 г. была направлена в эвакуационно-сортировочный госпиталь, с которым она дошла до Берлина [4].

В июне 1941 г. закончил Старооскольскую медицинскую школу Гольев Михаил Георгиевич. Всю войну 1941-1945 гг. прошел в должности фельдшера стрелкового батальона артиллерийского дивизиона, воевал на Курской дуге, в составе Воронежского, Калининского, Прибалтийского фронтов. Войну закончил в Германии в составе II-го Белорусского фронта [4].

Как уже говорилось, основной проблемой на первых этапах было огромное количество раненых, которых надо было поставить на ноги и отправить обратно на фронт. Чтобы исправить положение, ГКО и ГВСУ провели важнейшие организационные мероприятия: некоторые учреждения, части и органы управления медицинской службы были упразднены, некоторые подверглись реорганизации. Так, например, во время вынужденного отвода наших войск, важным было обеспечение быстрого выноса и вывоза раненых с поля боя для оказания им помощи и дальнейшей эвакуации. В этом плане ЦК КПСС и правительство приняли решение в августе 1941 г. о представлении к правительственным наградам военных санитаров и носильщиков за вынос с поля боя раненых с их оружием или ручными пулеметами, расценивая их спасение как проявление высокой воинской доблести.

Важнейшую роль в этой деятельности сыграл ученый медицинский совет при начальнике ГВСУ, в состав которого входили ученые-медики нашей страны. За годы войны было созвано несколько пленумов медицинского совета, где обсуждались важнейшие вопросы организации медицинского обеспечения фронтов, анализировались итоги деятельности, рассматривались методы лечения, уделялось большое внимание утверждению и внедрению в практику единых принципов и методов работы медицинской службы в армии и в тылу. С докладами по важнейшим проблемам выступали ведущие специалисты и руководители военно-медицинской службы Советской Армии Е.И. Смирнов, Н.Н. Бурденко, С.С. Гирколав, М.С. Вовси, П.И. Егоров и др. Материалы совета становились программой совершенствования медицинского обеспечения войск фронтов и сил флотов, неуклонного повышения уровня лечебной работы, в которых содержались научные рекомендации, основанные на опыте и возможностях медицинской науки и практики. Все это способствовало тому, что во втором периоде войны единые положения и принципы медицинского обеспечения стали достоянием всего врачебного состава и легли в основу его практической деятельности [2].

Можно сказать, что это была сложная и напряженная работа, но четкая и эффективная организация позволила достичь высоких результатов в лечении раненых и больных во время войны. Военно-медицинская служба возвратила в строй 72,3% раненых и 90,6% больных [3]. На протяжении всей войны личный состав Советских Вооруженных Сил был надежно защищен от массовых эпидемий, которые постоянно сопровождают различные войны, что являлось высоким результатом в медицинском обеспечении войск армии. Надо отметить, что таких результатов не смогла достичь ни одна другая страна как в ходе Второй мировой войны, так и в предыдущих войнах. Для меня, как студента Староскольского медицинского колледжа, важно, что мое учебное заведение внесло посильный вклад в эту работу.

Учебный процесс во время войны не прекращался в Староскольской фельдшерско-акушерской школе (лишь на время оккупации города), а после войны преподавателями стали как фронтовые медики, так и предметники-ветераны. Память о них хранится в музее колледжа. К ним относятся Василий Семенович Абельдяев, при котором происходило становление медицинского училища в новых формах его развития; Иван Васильевич Гайворонский, профессор военной медицинской академии в Санкт-Петербурге, заведующий кафедрой анатомии и физиологии; Лукьянов Егор Андреевич, военрук, преподаватель по военной подготовке; Бабенко Михаил Павлович, руководитель физического воспитания; Кияйкин Василий Романович, преподаватель философии; Клюбин Анатолий Александрович, преподаватель физики, комиссар партизанского отряда; Ильхман Юрий Гаврилович, главный врач медико-санитарной части.

Преподаватели-ветераны ВОВ уделяли особое внимание практическому обучению, т.к. имели большой опыт оказания медицинской помощи в условиях боевых действий, что оказывало положительное влияние на получение необходимых профессиональных умений и навыков будущих специалистов, выпускников училища. Из-за отсутствия специальной технической базы в период развития училища приобретенный опыт преподавателей из

числа участников ВОВ сыграл важную роль в становлении будущих специалистов. Студенты училища, учитывая опыт преподавателей, глубоко ценили полученные знания.

Подводя итоги, можно сказать, Старооскольский медицинский колледж прошел долгий путь становления, внес посильный вклад в дело Победы, а главным его богатством всегда были люди. В настоящее время в нашей стране взят курс на восстановление исторической справедливости и сохранение памяти о подвиге народа во время ВОВ. Наша задача – передать эту память следующим поколениям.

Список литературы

1. <https://realnoevremya.ru/articles/58108-o-rassekrechennyh-arhivazh-sssr-i-realnyh-poteryah-v-voyne;>
2. <https://scicenter.online/istoriya-gosudarstva-scicenter/chrezvyichaynoe-zakonodatelstvo-perioda-99248.html;>
3. <https://yandex.ru/turbo?text=http%3A%2F%2Fwww.oboznik.ru%2F%3Fp%3D11529;>
4. Хорхордина, Т.В., к.п.н., Заслуженный учитель РФ, Старооскольский медицинский колледж: становление и развитие: учебное пособие для студентов – Старый Оскол: издательство ОГАПОУ «СМК», 2017. – 120с.

СОВРЕМЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ В ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИИ

Кондрашова В.С.

*Научный руководитель - Сухомлин Л.Г., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность исследования. Стоматологическая индустрия не стоит на месте, все время, шагая вперед. Именно поэтому на сегодняшний день современная стоматология готова предложить своим пациентам огромное количество вариантов протезирования. Для изготовления зубных протезов используют современные материалы, которые становятся достойной заменой утраченным зубам, как в плане эстетики, так и по своим физиологическим свойствам.

Цель исследования. Выделить основные характеристики современных материалов, используемых в зубопротезной технике на различных этапах изготовления зубных протезов.

Задачи:

1. Проанализировать справочную литературу по использованию и применению современных материалов, применяемых в зубопротезировании;
2. изучить свойства материалов применяемых для изготовления ортопедических конструкций;
3. выяснить влияние зуботехнических материалов на зубочелюстную систему пациентов.

Современные материалы в зубопротезировании подразумевают разнообразные возможности выбора для пациента и профессионального специалиста. Однако, при этом стоит учитывать и материальные возможности пациента. Например, керамические коронки, хотя и являются качественным решением, но не всегда доступны из-за своей высокой стоимости. Кроме самой коронки, пациенту также придется оплатить изготовление и установку вре-

менной пластмассовой коронки, которая обеспечивает защиту обработанного зуба от воздействия ротовой жидкости и температурного воздействия.

Важно понимать, что хорошее протезирование зубов невозможно без качественной подготовки корневых каналов. Независимо от вида коронки и ее прочности, некачественное пломбирование корневых каналов может привести к неудовлетворительным результатам и даже потребовать повторной процедуры или удаления зуба. Результат протезирования зависит от множества факторов, таких как квалификация стоматолога, точность обточки зубов, правильное сканирование или снятие слепков, а также квалификация зубного техника.

Важно помнить, что ротовая полость имеет щелочную среду, в которой эмаль зубов нуждается в поддержке щелочного баланса. При расщеплении углеводов, остатки пищи подвергаются воздействию различных бактерий, которые выделяют кислоты и нарушают щелочную среду. Это приводит к разрушению эмали и возникновению кариеса. Предотвратить зубные проблемы помогут полоскание рта водой после приема пищи, использование ополаскивателя для ротовой полости, чистка зубов или использование жевательной резинки без сахара.

К современным материалам для зубопротезирования можно отнести цирконий, фарфор и сочетание металла и керамики. В протезировании также распространены зубные протезы из хромоникелевых и хромокобальтовых сплавов, которые обладают прочностью, но могут вызывать аллергические реакции. Также используются сплавы благородных металлов, таких как золото, платина и палладий, которые дорогостоящие и не так часто применяются. Титан и титановые сплавы применяются при изготовлении коронок, протезов и имплантов. Данные материалы отличаются абсолютной биосовместимостью и прочностью. Оксид/диоксид циркония также применяется в стоматологии благодаря своей прочности и эстетичности, особенно в восстановлении передних зубов.

Пластмассовые протезы имеют ограниченную прочность и требуют более тщательного ухода, но остаются доступными по стоимости. В качестве альтернативы, нейлоновые протезы отличаются гибкостью, прочностью и безопасностью для организма. Они также более эстетичные и удобные в использовании благодаря идеальной маскировке под цвет десен и незаметной фиксации.

Процедура протезирования зубов должна проводиться только после лечения имеющихся заболеваний ротовой полости, таких как кариес или пародонтоз. Стоматолог должен проанализировать состояние полости и подобрать наиболее подходящий вид протеза. Поэтому важно обратиться в стоматологическую клинику, где с использованием современного оборудования будут сделаны качественные протезы, которые прослужат многие годы.

Вывод. На данный момент ассортимент материалов для зубного протезирования довольно велик, поэтому врач и зубной техник могут подобрать нужные материалы, учитывая индивидуальные особенности каждого пациента, микробиологию его полости рта с учетом конкретной клинической ситуации.

Список литературы

1. Ибрагимов, Т.И. Лекции по ортопедической стоматологии: учебное пособие / под ред. Т.И. Ибрагимова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 208с.
2. Миронова, М.Л. Съёмные протезы: учеб. пособие / М.Л. Миронова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014, - 464 с.
3. Трезубов, В.Н. Клиническая стоматология. Госпитальный курс. Ортопедические аспекты клинической стоматологии: учебное пособие / В.Н. Трезубов, С.Д. Арутюнова – Москва: Практическая медицина, 2020. – 304с.

ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ МИОПИИ У СТУДЕНТОВ

Кононова В.Р., Гладиллина Е.Е.

*Научный руководитель - Тимошина Т.А., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Глаз не просто орган чувств,
он - часть мозга,
вынесенная на «передний край»
восприятия

Природа наделила человека пятью органами чувств, каждое из которых делает человека физически полноценным. Благодаря зрению, человек может увидеть весь мир в ярких красках и спокойно ориентироваться в пространстве. Если мы закроем глаза - окажемся в темноте. Мы будем слышать звуки, чувствовать запахи, но не будем видеть. К сожалению, в наше время, людей, которые видят на – «единицу» - осталось очень мало. С каждым поколением цифра отлично видящих людей уменьшается. Проблемы со зрением появляются от самых маленьких детей до взрослых. Причиной этому является постоянное напряжение глаз. Телефоны, компьютеры, ноутбуки, сидячий образ жизни-все это очень сильно нагружает наши глаза и снижает остроту зрения. Большую часть дня мы старательно фокусируем свой хрусталик на близкие предметы, иногда даже не отводя глаза. Позже уже замечаем, что при таком режиме наше зрение падает и появляется миопия (близорукость). В связи с этим, мы считаем зрение бесценно и проблемы зрения для человека имеют актуальное значение. Гипотеза: Цивилизация, которая дошла до нас в современном мире намного облегчила труд человеку. Избавила от тяжелых работ в той или иной сфере и заменила машинами. Но облегчило ли это жизнь людям в лучшую сторону. Ведь теперь часто современная техника оказывает губительное влияние на зрение новых поколений. Задачи: Выяснить основные причины возникновения миопии (близорукости), провести анкетирование среди обучающихся медико-фармацевтического колледжа, проанализировать

и обобщить полученные данные, дать рекомендации по сохранению зрения. В работе мы использовали методы: анализ теоретических источников, анкетирование, математическую статистику. Для того чтобы узнать причины близорукости были опрошены обучающиеся 1 курса отделений Сестринское дело и Лечебное дело. По результатам опроса были сделаны следующие выводы: 50 % опрошенных уже имеют миопию (близорукость) , 20% из которых – это приобретенная форма (в дет.саду -2%, в школе -40%, в колледже - 8%), 20% обучающихся имеют наследственную форму близорукости, 2% обучающихся приобрели близорукость после перенесенных заболеваний. При изучении данной темы, выяснили, что многие обучающиеся не носят очки или линзы. Преподаватели всегда замечают таких студентов по характерному прищурю глаз. Причины ношения очков следующие: не нравится собственный вид в очках, дороговизна качественных линз, опасаются, что ношение очков или линз приведет к ухудшению зрения. Отсутствие коррекции миопии или коррекция неправильно подобранными очками или линзами может привести к быстрому ухудшению зрения и развитию прогрессирующей близорукости. Прогрессирующая миопия (близорукость) – состояние, при котором увеличение степени миопии происходит в год на одну и более диоптрий и это не зависит от причин ее появления. У многих студентов колледжа уже имеется прогрессивная форма близорукости.

Осложнения при близорукости:

- близорукий человек плохо видит удаленные предметы, у него также может нарушиться сумеречное зрение в вечернее время. Близоруким людям трудно ориентироваться на улице и управлять автомобилем.
- При постоянном напряжении глаз у близорукого человека возникают сильные головные боли, он быстро устает.
- Самое тяжелое осложнение миопии — отслоение сетчатки. При этом зрение начинает резко падать, вплоть до абсолютной слепоты.

Профилактика.

Близорукость намного проще предупредить, чем лечить. Для этого нужно принимать следующие профилактические меры:

1. При чтении или контакте с техникой необходимо соблюдать определённую дистанцию, а также часто давать отдыхать.
2. Не читать в транспорте или лёжа на боку!
3. Важно правильное питание, своевременный приём витаминов.
4. Правильная осанка и хорошее (отличное) освещение при работе за столом являются важным пунктом при профилактике миопии.

5. Делать специальные упражнения для глаз:

-для улучшения кровоснабжения глаз можно подвигать ими вправо-влево, по часовой стрелке и против нее. Круговые движения, несколько раз зажмурить и широко открыть глаза, посмотреть на свой нос, сведя их вместе, быстро поморгать;

-гимнастика для укрепления мышц глазного аппарата: нарисовать глазами «восьмерку», не двигая головой. Смотреть глазами вдаль и на палец, подведенный к носу несколько раз, взять в руку карандаш, двигать рукой с карандашом и следить за ним, не двигая головой.

-можно купить очки-тренажеры, они черные с маленькими дырочками в линзах, их необходимо носить по полчаса в день.

Список литературы

1.Басинский С.Н., Е.А. Егоров Клинические лекции по офтальмологии. - М.: АСТ: Астрель, 2009.

2.Гуров В.А «Школьная близорукость» Красноярский краевой институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования, 2013.

3.Федоров А.И. Методы улучшения зрения: как избавиться от очков.- СПб.: ИК « Невский проспект», 2003г.

4.Шнайдер Д. Эффективные методы улучшения зрения. Для работающих на компьютере/пер. с нем. Н.А. Врублевской. - М.: АСТ: Астрель, 2007.

5. Ю.В. Кадочникова, Ж.В. Хорькова «Физическое воспитание студентов, имеющих заболевания органов зрения», 2017.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ОТ ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Косорукова В.С.

Научные руководители – Греков И.Г., к.м.н., Грекова И.Г., к.м.н., преподаватели ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск

После революции в России существовало 109 общин и около 10000 сестер милосердия. Общество Красного Креста после революции претерпело ликвидацию, и в 1926 г. сестер милосердия стали называть медицинскими сестрами. В 1927 г. утверждается Положение о медицинской сестре, в котором были четко определены обязанности медицинской сестры по уходу за больными. С этого времени профессиональный статус медицинской сестры был определен. После Октябрьской революции подготовкой медицинских сестер занимались школы, в задачу которых входило «подготовить ухаживающий персонал у постели больных, умелый, добросовестный, правильно понимающий свою роль в жизни лечебного заведения». В Положении о школах особенно подчеркивалась необходимость сугубо практического метода обучения, признавалось необходимым постоянное пребывание учащихся в больнице на протяжении всего рабочего дня. В Курске, в годы Советской власти, подготовка фельдшеров и акушерок продолжилась в медицинском техникуме (ныне Курский медицинский колледж), а медицинских сестер обучали преимущественно при больницах на различных курсах (в том числе и Российского Общества Красного Креста) от полутора до двух лет. Существовала и вечерняя медицинская школа им. Пирогова, в 30 годы располагавшаяся совместно с курским медицинским техникумом в здании на углу Садовой и Ленина, где впоследствии был размещён институт бактериологии и эпидемиологии. Медицинская школа им. Пирогова была организована в мае 1921 года

губернским управлением профессионально - технического образования с целью подготовки сестёр – помощников врачей с 2х летним сроком обучения. В настоящее время на этом месте находится 9 этажный дом, построенный в 60 годы прошлого столетия. Кроме медицинской школы имени Пирогова в 14 районах области функционировали курсы по подготовке 300 медсестер для совхозно-колхозных лечебных пунктов. Таким образом, история подготовки медицинских сестёр в 20-30 годы не связана с Курским медицинским колледжем, тогдашним медицинским техникумом, который готовил средний медицинский персонал по 4 профилям: акушерок, а также помощников терапевтов, педиатров и санитарных врачей. Как мы видим, медицинских сестёр тут нет. В то время медицинских сестёр было относительно немного. Об этом можно судить по штатному расписанию второй амбулатории при губернской больнице за 1924 год. Кроме заведующего в ней работало 12 врачей разных специальностей, 1 зубной врач, 11 фельдшеров, 11 сестёр милосердия.

Заслуживает внимания тот факт, что в 20 х годах существовала такая сестринская специальность, как сестры - обследовательницы, которые выявляли туберкулёзных больных. Так в марте 1921 года на организованные Наркомздравом в Москве курсы специализации по уходу за туберкулёзными больными было командировано из Курска 5 сестёр. С нового 1935/36 учебного года по приказу Наркомздрава годовичные курсы медсестер с нового учебного года были реорганизованы в школы с двухгодичной программой. Наряду с этим при фельдшерско-акушерских школах Курска и Орла организовали шестимесячные курсы по переподготовке медсестер и акушерок для роддомов. Такие же курсы были созданы при Курском 2-м роддоме. На курсы принимались медсестры, имевшие законченное и незаконченное среднее образование, но с определенным стажем работы в лечебных учреждениях. Учащиеся обеспечивались квартирами и стипендией по успеваемости. Интересны данные о предметах, изучаемых будущими медицинскими сёстрами. В 1936 году учебные планы школы меди-

цинских сестёр предусматривали изучение следующих дисциплин: 1. Родной язык, 2. Математика 3. Латинский язык 4. Анатомия и физиология человека, 5. Биология, 6. Физика 7. Химия 8. Микробиология, 9. Патологическая анатомия с патологической физиологией, 10. Гигиена с организацией здравоохранения, 11. Общий уход за больными с организацией больничного дела, 12. Акушерство и гинекология с уходом за больными, 13. Кожные и венерические болезни с уходом за больными, 14. Нервные и психические болезни с уходом за больными, 15. Болезни уха, горла и носа с уходом за больными, 16. Глазные болезни с уходом за больными, 17. Внутренние болезни (с клинической лабораторией, физиотерапией, диетикой и уходом за больными), 18. Инфекционные болезни с уходом за больными, 19. Хирургические болезни (с десмургией) с уходом за больными и первой помощью), 20. Детские болезни с уходом за больными, 21. Фармакология с рецептурой, 22. История СССР, 23. Военно - санитарная подготовка с оказанием первой помощи и сан. - хим. защита. По последним 7 предметам предусматривался Государственный экзамен. Как мы видим, из 23 предметов только 3 школьные – родной язык, математика и химия, остальные все медицинские. Следует отметить, что тогдашние медицинские сёстры изучали не сестринское дело в определенной медицинской дисциплине, а непосредственно болезни, дополняя их уходом. Преподавание медицинских дисциплин велось исключительно врачами - практиками. Все эти преподаватели параллельно с педагогической деятельностью работали в лечебных учреждениях г. Курска. Практические занятия по клиническим дисциплинам проходили исключительно в больницах и поликлиниках с обязательной демонстрацией больных на каждом занятии. На каждом занятии обязательно повторялись методы ухода за больными.

Список литературы

1. Воротникова Р.В. Курск. Очерки истории города / Р.В. Воротникова - г. Воронеж, - 1968 - 277с. – Текст непосредственный
3. Грибанов Э.Д. Награда за милосердие / Э.Д. Грибанов // Медицинская помощь. – 1999. - №9. С.45 – 46. Текст непосредственный

4. Корпычева Л.А. Одесская Стурдзовская община сердобольных сестёр /Л.А.Корпычёва // Медицинская сестра. – 2002. - №2 С.46 Текст непосредственный

5. Язвин М.А, Очерки по истории здравоохранения Курской области Часть 1 / М.Я. Язвин - г. Воронеж , - 1965 - 156с. Текст непосредственный

ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ НАУЧНОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Котьяш К.А.

*Научный руководитель – Луханина Е.М., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

«На современном этапе развития высшего медицинского образования преподавание истории медицины имеет большое воспитательное и нравственное значение для формирования научного мировоззрения, исторического мышления, расширения теоретических знаний будущего врача, воспитания у него чувств гуманизма, интернационализма, патриотизма. Вместе с тем, знание истории помогает проследить преемственность поколений в медицинской науке и практике. Программа по истории медицины предусматривает изучение и усвоение большого объема материала по общей и частной истории медицины, как на семинарских занятиях, так и при реализации лекционного курса» [6].

«Известно, что наши предки уже в древние времена обладали навыками лечения многих заболеваний, точнее, предпринимали попытки искать методы их устранения. Первый этап развития медицины называют эмпирическим (опытным). Исследования доказывают: примерно около 200 000 лет назад, когда человек обрёл навыки прямохождения, люди постепенно учились помогать друг другу при переломах и травмах. При этом уровень помощи с учётом древних времён был очень высоким.

Конечно, к умениям первобытных знахарей следует подходить критически, но с появлением письменности возник и особый список правил Хаммурапи, регламентировавший правила работы вавилонских врачей. Поскольку люди тогда ещё не разделяли медицину и религию, первыми врачами можно считать храмовых жрецов.

Древняя Греция также славилась своими попытками исследовать организм человека. Гиппократ, имя которого известно практически всем, внёс ценный вклад в медицину того времени, впервые описав различные жидкости, имеющиеся в человеческом теле и попытавшись установить их природу. Не случайно именно древнегреческие учёные основали первые учебные заведения, где люди могли получать врачебное образование» [4].

«Второй исторический период развития медицины – это Средневековье. В качестве основоположников серьёзной науки следует отметить Авиценну (Ибн Сину), Разеса и Френсиса Бэкона, опровергающего древние теории этих учёных. Именно благодаря такому решающему противостоянию Средневековье стало колыбелью зарождения анатомии и физиологии, без знаний которых сейчас немислима профессия врача.

В эпоху Средневековья, невзирая на периодические противостояния церковников, врачи начали проводить исследования человеческого организма, вскрывая трупы. Это позволило установить, в чём заключаются причины многих недугов и подвергнуть критике народные суеверия.

Начиная с эпохи Возрождения (XVI век) и вплоть до XVIII века люди стали активно обмениваться научной информацией, объединяясь в различные медицинские сообщества. После изобретения Иоганном Гутенбергом первого печатного станка стали регулярно выходить публикации в области медицины, что обусловило развитие санитарного дела и повышение уровня образования врачей.

Третий, решающий этап развития медицины – XIX-XX век, эпоха бурного развития производственной сферы и научного мышления. Вторая половина XIX века знаменуется окончательным переходом медицины в сферу

естественных наук. Развитие микроскопии позволило детально изучать вирусы и микробы, а немногим позже, в XX веке, были изобретены первые антибактериальные препараты. Благодаря антибиотикам врачи получили возможность успешно лечить болезни, ранее считавшиеся неизлечимыми или смертельными. Тогда же, в XX веке, врачом из Австрии, Карлом Ландштейнером, были открыты разные группы крови человека, а благодаря генетике медицина получила огромный толчок к своему дальнейшему развитию» [6].

«Значительных успехов в XX и в начале XXI вв. медицинская наука и система здравоохранения достигла в развитых странах, а также и в большом ряде развивающихся стран.

Со второй половины XX в. были созданы новые медицинские технологии, позволившие успешно лечить многие заболевания, считавшиеся прежде смертельными. Например, таких, как туберкулёз, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания. Создается широкий спектр медицинской аппаратуры, позволяющей проводить эффективную диагностику на ранних этапах. В хирургии начинают применяться роботы. Для хранения и обработки медицинской информации широко применяются компьютерные технологии. Благодаря вакцинации, получившей широкое распространение уже с конца XVIII в. некоторые заболевания, в частности оспа, побеждены полностью. Но неразрешённой пока проблемой остаётся адаптация микроорганизмов к антибиотикам.

Серьёзнейшим испытанием и проверкой на прочность для всей мировой системы здравоохранения стала пандемия коронавируса Ковид-19, развившаяся с конца 2019 г» [3].

Современная медицина за последние десятилетия поднялась на недостижимый ранее уровень. Значительно улучшилась техническая оснащённость медицинских учреждений, появилась возможность диагностировать заболевание на самой ранней стадии, обеспечить быстрее выздоровление и восстановление работоспособности обратившегося за помощью человека.

Привычными стали малоинвазивные оперативные вмешательства с использованием эндоскопической аппаратуры, микрохирургия и лазерная коррекция зрения, пересадка органов и тканей, исправление врожденных и приобретенных дефектов. Современная трансплантология и травматология, офтальмология и гинекология, стоматология и пластическая хирургия, онкология, нейрохирургия и другие отрасли медицины успешно развиваются, позволяя спасать ранее безнадежных больных, возвращать молодость и красоту, дарить радость жизни излечившимся пациентам и надежду на исцеление продолжающим болеть.

Секвенирование генома человека — одно из самых значительных прорывов человечества в области медицины. Расшифровка генома — кратчайший путь к новым успехам в медицине и биотехнологии. Стремительное развитие молекулярной генетики привело к возникновению проекта «Геном человека» - важнейшей вехи в истории медицины.

Наномедицина, как междисциплинарное направление медицинской науки, в настоящее время находится в стадии становления. Ее методы только выходят из лабораторий, а большая их часть пока существует только в виде проектов. Однако большинство экспертов считает, что именно эти методы становятся основополагающими в XXI веке.

«Векторы развития современной медицины направлены на повышение удовлетворённости клиентов, улучшение качества и сдерживание расходов на фоне роста населения и увеличения продолжительности жизни.

Исследования мировых экспертов показывают, что 92% медучреждений удаётся добиться повышения эффективности благодаря цифровой трансформации. Это внедрение передовых технологий и цифровых решений, которые помогают оптимизировать рабочие процессы, усовершенствовать инфраструктуру здравоохранения, расширить возможности медработников и повысить доступность медпомощи по требованию» [5].

Современная медицина, технический прогресс, фармакологические исследования, прорывы в области генетики, нанотехнологиях и исследовании

микромира человеческого организма – все это инструменты, без которых существование человека в настоящее время кажется уже невыносимым.

Критически освещая прошлое, история поможет лучше осмыслить настоящее, правильно использовать опыт наших предшественников и в то же время видеть их недостатки, ошибки, заблуждения, что вооружает нас в поисках нового и в движении вперед.

Изучение прошлого медицины в ряде случаев поможет студенту-медику найти правильный путь к решению встающих перед ним задач.

Список литературы

1. Дорофеева, М.М. История фармации // Образовательный портал «Справочник». – 2020. – URL https://spravochnick.ru/medicina/istoriya_farmacii/
2. Емельянов, С.А. История фармации: учебное пособие / под ред. Ю.А. Музыры. – Томск: СибГМУ, 2013. – 124 с.
3. Иванова, А.И. История медицины // Образовательный портал «Справочник». – Дата написания статьи: 19.06.2020. – URL https://spravochnick.ru/medicina/istoriya_mediciny/
4. Солодухина, Д.П. История медицины. Учебное пособие – М.: Мир науки, 2023. – Режим доступа: <https://izd-mn.com/PDF/21MNNPU23.pdf> – (дата обращения: 07.03.2024)
5. Цифровая медицина 2022: как технологии меняют здравоохранение в России и мире // Учебный центр ФИНКОНТ URL: <https://www.finkont.ru/blog/tsifrovaya-meditsina-2022-kak-tehnologii-menyayut-zdravookhranenie-v-rossii-i-mire/> (дата обращения: 07.03.2024).
6. Шарафутдинова, Т.В. История медицины (первобытное общество – XVIII век): уч. пособие. Ч. 1. / Сост.: Н.Х. Шарафутдинова, Т.В. Лукманова, А.У. Киньябулатов, М.Ю. Павлова. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2016. – 192 с.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, ПРИЗНАКИ АНОРЕКСИИ

Кочина А.В.

*Научный руководитель – Чеченина И.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В настоящее время, проблема и необходимость формирования здорового образа жизни стала более актуальной. Развитие технологий (Умный дом), плохая экология, быстрое питание (фас-фуд), дистанционное обучение и работа, связанная с сидячим образом жизни, негативно сказываются на здоровье человека. Сохранить в таких условиях здоровье крайне трудно. Важную роль в жизни каждого человека имеет биологический принцип, который должен соответствовать возрастным показателям и быть энергетически обеспеченным, укрепляющим организм, умеренным в плане нагрузок и ограничений, а также ритмичным.

Государство реализует большое количество мер по сохранению и защите здоровья своих граждан через средства массовой информации, телевизионные передачи, а также сеть интернета, которые раскрывают множество секретов правильного питания и здорового образа жизни.

Нет сомнений в том, что правильное питание идет на пользу организму. Ведь мы – это то, что мы едим. Здоровым считается такое питание, при котором человеку обеспечивается полноценное развитие, рост, жизненная энергия и отличное самочувствие. Научкой доказано его положительное влияние на организм, которое работает в сочетании с физическими упражнениями. Многие ученые сходятся во мнении, что здоровая пища способствует долголетию и предупреждает ожирение, развитие сахарного диабета, предотвращает проблемы с сердцем и сосудами, гипертонию.

Правильное питание - сбалансированное употребление пищи, включающей в себя достаточное количество белков, жиров, углеводов и нутриентов.

Ученые считают, что многие заболевания являются следствием нерационального питания. Неправильный режим питания, чрезмерное или скуд-

ное количество принимаемой пищи, некачественные или несвежие продукты, пищевой мусор непосредственно влияют на внутренние органы.

Здоровый человек чаще всего довольно невнимателен к тому, что он ест. Заболев, люди идут в аптеки за дорогими препаратами, забывая о таком надежном и постоянно действующем лечебном средстве, как пища. До сих пор актуально высказывание Гиппократ: «Пусть ваша еда будет для вас лекарством, а лекарство – едой».

От правильного питания, построенного на основе данных науки о питании, во многом зависят наше здоровье, профилактика заболеваний, продолжительность жизни.

Здоровое питание – древняя и мудрая наука, законы ее просты: разнообразие, сбалансированность, чувство меры. Мы едим больше, чем тратим энергии, поэтому необходимо повышать свою физическую активность, чтобы быть в гармонии с собой и природой.

Экспериментально доказано влияние питания на продолжительность жизни и долголетие. Условия долголетия сформулированы еще древними: меньше есть, больше двигаться, быть всегда в хорошем настроении.

Вред неправильного питания проявляется постепенно. Поэтому нередко многие люди относятся к вопросу питания с недостаточным вниманием и серьезностью. К сожалению, все еще бытует мнение о том, что правильно питаться – значит, есть вкусную пищу и сколько хочешь.

Правильное питание – это такой способ питания, при котором итогом этого процесса является укрепление и улучшение здоровья, физических и духовных сил человека, предупреждение и лечение различных заболеваний человека, замедление процессов старения, т.е. правильное питание — это здоровое питание.

Система правильного питания – это самая настоящая база, на основе ее легко строится общее здоровое состояние организма, отличное настроение и внешняя привлекательность, заменить которую не в состоянии никакая косметика. Если придерживаться элементарных правил правильного питания, то

большинство болезней обойдут вас стороной, а бодрость духа и энергия никогда не иссякнут.

Как часто мы недооцениваем роль правильного питания, готовим пищу наспех, не придавая значения подбору продуктов и блюд, следуем за модой...

С тех пор как каноном красоты стали стройность и худоба (подчас нездоровая), правильное питание заменяется диетой, доводящая до анорексии. Это заболевание уверенно входит в топ-10 самых распространенных психических расстройств и до 30% случаев анорексии могут приводить к летальному исходу.

За последнее десятилетие наблюдается значительное увеличение числа больных расстройствами пищевого поведения как в России, так и за рубежом, что является весьма серьезной проблемой. Увеличивается количество диагностированных больных с разными нарушениями пищевого поведения, в том числе и больных анорексией. Данная проблематика привлекает большое внимание учёных, так как, согласно результатам десятилетнего наблюдения за данными больных, из-за множественных соматических расстройств жизнь больного заканчивается летальным исходом. Почти 20% молодых девушек совершают суицид. По летальности анорексия занимает первое место среди всех психических расстройств.

Причины возникновения анорексии уходят глубоко в индивидуальные особенности личности. Нервная патология выявляется у людей, неуверенных в себе, с низкой самооценкой. Каждый случай рассматривается психиатром в индивидуальном порядке, ведь каждый больной имеет неповторимую жизненную историю и груз проблем, тянущихся с детского возраста.

Анорексия — это серьезная патология психики, заключающаяся в нарушении пищевого поведения, поэтому часто данный недуг называют нервной анорексией.

Больной с этим диагнозом не признает свою внешность, стремится к постоянному отказу от пищи в погоне за идеальным весом и привлекатель-

ным видом. Это заставляет представительниц женского пола следовать идеалам, изнуряя себя строжайшими диетами, отказами и тренировками.

Пациенты боятся лишних килограммов, в связи с этим всячески стимулируют процессы похудения, потребляемая пища не усваивается. Часто люди отказывают себе в еде, стараются сократить приемы и количество пищи, пьют специальные препараты, активно делают физические упражнения.

Все эти действия постепенно приводят к тому, что человек заболевает анорексией, у него появляются слабость, недомогание, апатия и другие серьезные проблемы со здоровьем.

По статистике, болезнь чаще встречается среди женской половины населения, хотя есть редкие случаи и среди мужчин. Отмечается, что пик заболевания приходится на девушек в возрасте до 30 лет. Анорексия у детей и подростков дебютирует в возрасте от 12 до 15 лет, когда активно меняется структура тела.

Причины анорексии включают биологические, психологические и социальные факторы. Среди них:

1. Генетическая предрасположенность. Исследования показывают, что нарушение может быть связано с наследственностью и влиянием некоторых генов, которые регулируют аппетит, настроение и метаболизм.
2. Биохимические нарушения. Расстройство провоцирует дисбаланс нейромедиаторов в мозге, таких как серотонин, дофамин и норадреналин, отвечающих за чувство сытости, удовольствия и мотивации.
3. Психологические проблемы. Болезнь иногда связана с низкой самооценкой, перфекционизмом, стрессом, депрессией, тревожностью, обсессивно-компульсивным расстройством или посттравматическим стрессовым расстройством.
4. Социальное давление. Нарушение часто формируется под влиянием общества, СМИ и модой на стандарты красоты и телосложения. Многие люди с психологической анорексией стремятся соответствовать идеалу худобы и избегают критики о своем весе или внешности.

5. Семейные факторы. Болезнь может быть связана с отношениями в семье, особенно с родителями или близкими родственниками. Некоторые факторы риска включают перекармливание или голодание родителей, чрезмерный контроль или критику по поводу еды или веса, насилие или злоупотребление в семье.

Расстройство обычно начинается в подростковом возрасте. Часто первым шагом является желание похудеть или улучшить свое здоровье. Человек начинает ограничивать свой рацион питания, избегает определенных продуктов или групп пищи, считает калории, взвешивает еду или измеряет порции.

Именно в семье ребенок впервые знакомится с правильной и здоровой пищей, правилами потребления еды. Родители показывают своим примером отношение к здоровому питанию, правильным пищевым установкам. Если в семье у кого-то установлен диагноз, принято отказываться от еды, сидеть на диетах, то вероятность развития патологии у других членов семейства высока.

Список литературы

1. Бобров А.Е. Психологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической смерти
2. Интернет- ресурсы:
<https://xn--g1ajj1a.xn--p1ai/articles/anoreksiya/>
<https://probolezny.ru/anoreksiya/>

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИМАКСА У ЖЕНЩИН

*Красноруцкая М.П.
Научный руководитель – Коваленко Е.В., преподаватель
Медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г Белгород*

Наступление климактерического периода может зависеть от разных факторов. Согласно изученных источников по статистике климактерического периода установлено, что средний возраст наступления климактерического периода составляет 48,75 года, однако колеблется в зависимости от географического региона (Рис. 1).



Рис. 1. Частота наступления климактерического периода в зависимости от возраста женщины, кол-во человек

Согласно данному анализу, можно заметить, что у 1,1% женщин наблюдается преждевременное истощение яичников, а у 3,6%- ранняя менопауза. От национальной принадлежности наступление климактерического периода не зависит [2].

Анализируя физическое и гинекологическое здоровье пациентов, удалось выявить распространенные заболевания в данной возрастной группе. В климактерическом периоде частота развития нарушения зрения у женщин в

40,5% случаев, мигрень у 34,7%, гипертония у 32,8%, варикозное расширение вен у 32,3%, миома матки у 29,2%, анемия у 25,7%, артрит у 26,5% и заболевания щитовидной железы у 24,3% женщин.

Психоэмоциональные расстройства в климактерический период доставляют женщине очень много беспокойства и могут в значительной степени ухудшить не только качество жизни, но и повлиять на ее социальный статус. Так у 67,9% женщин возникает усталость, у 54,3% головные боли, у 46,1 – раздражительность, у 42,5% перепады настроения, у 39,2% тревога, у 37,2% подавленное настроение и у 25% депрессия.

Генитоуринарный менопаузальный синдром принято считать симптомом середины менопаузы, по данным исследований, у 37,9% женщин пременопаузального возраста уже имелись признаки генитоуринарных нарушений, несмотря на отсутствие других значимых симптомов.

Кроме того, среди женщин в возрасте 45-60 лет, психоэмоциональные расстройства наблюдались у 91,2% женщин переходного и постменопаузального возраста. Средний возраст наступления менопаузы составил 48,75 года. Необходимо выделить несколько особенностей, характеризующих современное течение климактерического синдрома. На первое место выходят психоэмоциональные расстройства, а раннее появление генитоуринарных синдромов 37,9%, могут быть основным признаком гипоестрогении при отсутствии других симптомов [1].

Список литературы

1. Кучма, В. Р. Здоровый человек и его окружение : учебник / В. Р. Кучма, О. В. Сивочалова. - 5-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 560 с.
2. Менопауза и климактерическое состояние у женщины : клиническая рекомендация. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСОВ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ COVID -19

Кузиев А.В.

*Научный руководитель - Кузьмичева Т.О., преподаватель
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Человек часто подвергается воздействию инфекционных болезней. Среди них наиболее распространёнными считаются ОРВИ. Они распространяются повсеместно и возникают в зависимости от сезона, преимущественно вспышки приходятся на холодное время года. Вирусные заболевания проявляются в различных формах: спорадическая, эпидемия, пандемия. В структуре циркулирующих респираторных вирусов преобладающими остаются вирусы гриппа — ежегодно регистрируется около 1 миллиарда случаев сезонного гриппа, в том числе 3–5 миллионов случаев тяжелой формы заболевания. Самым распространенным из них остается вирус гриппа А(Н1N1)2009, вместе с тем, отмечается рост вируса гриппа В [4].

Не менее опасным считается и недавно появившийся COVID-19. На данный момент зарегистрировано около 23 миллионов случаев заражения [1].

Кроме того, что вирусные инфекции вызывают достаточно много осложнений, в наше время в России существует проблема мужского и женского бесплодия. В обществе возникает вопрос, а могут ли вирусы влиять на репродуктивное здоровье человека?! Рассмотрим данный вопрос на примере COVID-19.

Что представляет собой COVID-19 -это вирус, который возник в результате изменения генома классического возбудителя семейства коронавирусов.

Вирусы – это мельчайшие инфекционные агенты, которые имеют молекулярную (неклеточную) организацию, обладают единственным типом нуклеиновой кислоты (ДНК или РНК) [2].

Всемирная организация здравоохранения объявила коронавирусную инфекцию опасной инфекцией, вызывающая частичный или полный отказ

двух и более функциональных систем организма. Кроме поражения дыхательной системы, COVID-19 наносит урон сердечно-сосудистой системе и органам желудочно-кишечного тракта, безусловно, репродуктивная система человека не является исключением в этом списке.

До этого считалось, что путь передачи COVID-19 – воздушно-капельный, а значит он угнетает только дыхательный центр. Но исследования показали, что, попадая в организм, коронавирусная инфекция вызывает повреждение тканей сосудов, тем самым увеличивая его проницаемость, увеличивая риск тромбозов. Это носит систематический характер, поражая все сосудистое русло. При этом отмечалось его более агрессивное течение у мужчин, чем у женщин. Учитывая тот факт, что мужчины менее внимательны к своему здоровью, реже посещают врачей с целью профилактики и имеют большее количество хронических заболеваний, процент более тяжелого течения и летальных исходов у мужчин больше, чем у женщин.

В исследованиях, проводимых при изучении влияния COVID-19 было установлено, что вирус оказывает влияние на репродуктивную систему женщин. Гранулезные клетки яичников подвергаются влиянию вируса, в результате чего качество ооцитов снижается, и есть все основания полагать, что это приводит к не вынашиванию беременности. В свою очередь многократная потеря беременности приводит к повреждению эндотелиальных клеток эндометрия, влияет на имплантацию эмбриона и приводит к бесплодию. В малые сроки беременности наблюдается увеличение процента потерь беременности как в естественных циклах, так и в циклах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Учитывая отсутствие доказательной базы о прямом воздействии вируса на ткань яичников и эндометрий, в настоящее время продолжаются исследования по изучению в этом направлении [3].

Новые условия жизни, с которыми столкнулось население в результате пандемии, обусловленные новой вирусной инфекцией, и выраженный длительный стресс определенно окажут значительное влияние на репродуктивную систему, учитывая тот факт, что в состоянии стресса происходит взаим-

ное влияние структур в системе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Это, в свою очередь, приводит к формированию хронического стресса и далее, как ответная реакция, к подавлению выработки эстрогенов, норэпинефрина, что в конечном итоге ведет к различным формам нарушения менструального цикла. Вынужденная изоляция, гиподинамия, нарушение питания, конфликты в семье, потеря работы могут усугубить нарушения менструального цикла у женщин по типу аменореи, межменструальных маточных кровотечений и формировать ановуляторные циклы. Аналогичные стрессовые ситуации у мужчин приводят к изменению показателей спермы, которое выражается в снижении качества и подвижности сперматозоидов [3].

Стресс-зависимые нарушения в организме появляются под действием психогенных факторов. И в силу нестабильности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси чаще изменениям подвержены подростки и женщины молодого возраста.

Согласно опубликованным данным китайских ученых, яички человека оказались потенциальной мишенью для вируса. Выяснилось, что рецептор вырабатывается в большом количестве в яичках после проникновения коронавируса в стволовые клетки, из которых формируются сперматозоиды. Именно с этим связано поражение сперматозоидов на этапе самого раннего их формирования и остановке развития в более зрелые формы. Есть мнение, что коронавирус может поражать клетки Сертоли, так называемые «домики для сперматозоидов» [2].

По многочисленным наблюдениям, у вируса есть несколько направлений воздействия на мужскую репродуктивную систему. Во-первых, вирус может напрямую поражать яички. Во-вторых, вирус может опосредованно поражать яички, индуцируя тестикулярный воспалительный и иммунный ответ. В одном из исследований, в котором принял участие 81 пациент – мужчины с COVID-19, был выявлен низкий уровень тестостерона, высокий уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) и низкое соотношение тестостерон/ЛГ. Такая картина указывает на возможное поражение вирусом яичек. В ходе

пандемии биологами из Ирана сообщалось, что спермограмма, выполненная после заражения COVID-19, в течение 120 дней показывала низкую концентрацию сперматозоидов с их невысокой подвижностью. В результате проведенных исследований было установлено, что коронавирус оказывает негативное воздействие на репродуктивную систему мужчин. Длительность наблюдения составляла в среднем от 60 до 120 дней после выздоровления. [2]

Исследования, проведенные в Южной Индии, подтвердили доводы о повреждающем факторе вируса на мужскую фертильность и качество эмбрионов при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО). Авторы подтвердили предположения Иранских коллег, что COVID-19 может оказывать долгосрочное пагубное воздействие на сперматозоид, особенно на его ДНК и морфологию. Восстановительный период у мужчины может занять значительное количество времени – более 4 мес, а также возможны необратимые последствия, которые приводят к стойким изменениям – олигозооспермии, астенозооспермии и тератозооспермии и в конечном итоге могут вызвать необратимое мужское бесплодие. Кроме того, в семенниках обнаруживается воспалительный процесс, а при вскрытии погибших от COVID-19 есть достоверные данные о наличии вируса в ткани яичек [2].

Таким образом, понимая, как коронавирус, как и любая другая вирусная инфекция влияет на репродуктивное здоровье мужчины и женщины, следует серьезно относиться к своему здоровью. Необходимо пользоваться рекомендуемыми средствами профилактики, особенно при планировании беременности. Не запускать болезнь, надеясь на свою иммунную систему, а помогать ему, принимая лекарства и ведя здоровый образ жизни. Соблюдая самые элементарные правила, это поможет в дальнейшем сохранить репродуктивное здоровье, а также сохранить возможность счастливой семейной жизни.

Список литературы

1. Коронавирус в России. Статистика заражения коронавирусом в России. <https://coronavirus-monitor.info/country/russia/>

2. Гарибиди Е.В., Шатунова Е.П., Федорина Т.А., Гарибиди Д.Е. Влияние новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на репродуктивную функцию человека. Акушерство, Гинекология и Репродукция. https://www.gynecology.su/jour/article/view/1312?locale=ru_RU
3. Инфекционные болезни. Ющук Н.Д., Кареткина Г.Н, Мельникова Л.И, 2016 г.
4. Роспотребнадзор: рост заболеваемости гриппом, ОРВИ в России. https://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=23955

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кунцова К.Р.

*Научный преподаватель – Комарова М.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Социально обусловленные заболевания являются одной из наиболее актуальных проблем современного общества. К таким заболеваниям относятся ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем и другие. Особое место занимает туберкулез, который является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний в мире.

Социально обусловленные заболевания являются опасными, потому что они способны распространяться на огромное количество людей, что приводит к высокому риску возникновения пандемий. Согласно информации, представленной Минздравом России, социально обусловленные заболевания охватывают 1% населения.

Профилактика социально обусловленных заболеваний имеет важную роль не только для общества в целом, но и для каждого человека индивидуально. Во-первых, она укрепляет и сохраняет здоровье, и поскольку многие социально обусловленные заболевание, такие как ВИЧ-инфекция или туберкулез, могут привести к серьезным осложнениям и даже смерти, продлевает жизнь. Во-вторых, профилактика – способствует улучшению качества жизни

людей. В-третьих, профилактика – является важным элементом социальной и общественной безопасности.

Основные задачи по планированию и организации профилактических мероприятий осуществляется работниками медицинских противотуберкулезных организаций. Контроль проведения и поддержка этих мероприятий проводится федеральным государственным санитарно-эпидемиологическим надзором.

Благодаря всем действиям со стороны медицинских работников и частных лиц, появилось понятие «социальная профилактика».

Социальная профилактика включает мероприятия, направленные на укрепление здоровья населения, осуществляемые в государственном масштабе. К ним относятся оздоровление внешней среды, повышение материального состояния, укрепление здоровья населения и создание благоприятных условий для лечения и жизни больных туберкулезом.

Важными компонентами социальной профилактики являются расширение жилищного строительства, улучшение условий быта и борьба за оздоровление условий труда, совершенствование общественного питания, развитие физической культуры и спорта.

Помимо социальной профилактики существует и специфическая профилактика, играющая огромную роль в предупреждении заболевания туберкулезом.

Специфическая профилактика включает вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ и химиопрофилактику туберкулеза противотуберкулезными препаратами.

Вакцинация (ревакцинация) БЦЖ – один из важнейших путей предупреждения инфицирования и заболевания туберкулезом в организованных коллективах. На месте введения вакцины БЦЖ на 2-3 день развиваются местные изменения по типу реакции на пробу Манту, вскоре исчезающие. На 3-4 неделе возникают поздние местные реакции в виде инфильтрата диаметром 4-10 мм с узелком в центре. В последующем образуются пустула и яз-

вочка, покрытая корочкой. Через 3-5 мес. местная реакция заканчивается исходом в рубчик.

После вакцинации БЦЖ развивается иммунитет, предохраняющий подавляющий большинство иммунизированных от инфицирования и заболевания туберкулезом.

Гигиеническое воспитание населения осуществляется в процессе воспитания и обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с использованием средств массовой информации, информационно-телекоммуникационной сети Интернет, распространения информационных материалов среди различных групп населения, в ходе лекций и бесед в организациях и в индивидуальном порядке.

Санитарная профилактика туберкулеза включает мероприятия, которые направлены на борьбу с массивностью туберкулезной инфекции и оздоровление очагов туберкулеза. Это предупреждает заражение туберкулезом здоровых людей.

Поскольку источником заражения туберкулезом является больной бактериовыделитель, необходимо его обучить правилам личной гигиены. Больной должен уметь пользоваться индивидуальной карманной плевательницей. Ему нужны две сменные плевательницы. В его комнате должны находиться лишь самые необходимые вещи, легко поддающиеся дезинфекции, ему выделяется индивидуальная посуда. От дисциплинированности и культурного уровня больного зависит безопасность окружающих и прежде всего детей.

Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение туберкулеза у детей и подростков, в основном не отличаются от мероприятий, проводимых взрослому населению.

Специфическая иммунопрофилактика ВИЧ-инфекции не разработана. В профилактические мероприятия входит:

1. Обследование доноров крови, лиц из групп риска, иностранцев и возвращающихся из-за рубежа граждан;

2. Обследование на ВИЧ беременных, контроль деторождения у инфицированных женщин и отказ от грудного вскармливания их детей;

3. Профилактика инфицирования в медицинских учреждениях. Обеспечивается соблюдением противоэпидемического режима в соответствии с рекомендациями по профилактике парентеральных инфекций.

Конкретные меры в борьбе со СПИДом в настоящее время определяются законодательными актами и их приведением в жизнь. Лучшая личная профилактика заболевания – сохранение нравственной чистоты. Беспорядочные половые связи, наркомания – это открытые ворота для ВИЧ-инфекции.

Медицинские работники, ухаживающие за больными СПИДом, ВИЧ-инфицированными или лицами с подозрением на это заболевание, а также работающие с больными, относящимися к группам высокого риска развития СПИДа, должны неукоснительно следовать правилам, рекомендованным ВОЗ в отношении профилактики ВИЧ-инфекции.

Необходимо избегать травм инструментами, инфицированными потенциально зараженным материалом, и контакта открытых повреждений кожи с материалом от больных. При работе с образцами крови, биологических жидкостей, экскретов и секретов больных необходимо пользоваться перчатками и масками. Сняв перчатки, нужно обязательно продезинфицировать и вымыть руки. Необходимо применять иглы и шприцы одноразового пользования. Инструменты для манипуляций в полости рта и использующиеся в глазной практике очищают, высушивают и дезинфицируют. Кровь и другие образцы от больных должны иметь специальную маркировку. При загрязнении наружной стороны пробирок кровью следует быстро очистить их поверхность гипохлоридом натрия. Для транспортировки все образцы быть помещены во второй контейнер или герметическую сумку. Уничтожение предметов, загрязненных биологической жидкостью, производится по общим правилам утилизации инфицированных материалов.

Большое значение придается санитарно-просветительной работе среди населения, цель которой – предоставление достоверной информации о путях распространения ВИЧ-инфекции и мерах ее предупреждения.

Профилактика вирусного гепатита В состоит в пассивной иммунизации специфическим иммуноглобулином или активной иммунизации вакциной. Женщины при установленном контакте с ВГВ должны быть тестированы на наличие специфических антител. При их отсутствии как можно скорее вводится иммуноглобулин в одной инъекции в дозе 0,06 мл/кг. После введения иммуноглобулина следует провести вакцинацию. Подобная тактика предупреждает инфицирование новорожденного в 85-95% случаев.

Все беременные должны пройти обследование на носительство HBsAg. При положительном результате всем новорожденным этих женщин должен быть введен иммуноглобулин в дозе 0,5 мл в/м с последующей вакцинацией в пределах 12 часов жизни. Дополнительное введение вакцины производится в возрасте 1 и 6 месяцев. Если обследование матери на наличие HBsAg не проводилось, она рассматривается как инфицированная, а новорожденному вводится иммуноглобулин и проводится вакцинация. При установленном контакте с ВГВ иммунизация и вакцинация медицинского персонала также является обязательной.

Все жидкие ткани тела носителей HBsAg следует рассматривать как источник заражения. Для персонала рекомендуется ношение масок, перчаток, очков. Изоляция новорожденных от матерей, носителей HBsAg не требуется, разрешается кормление грудью, но при трещинах сосков грудное вскармливание целесообразно прекратить.

Решающее значение имеют тщательный отбор и обследование доноров на наличие HBsAg и анти-HBc. Важно использовать медицинский инструментарий разового применения.

Список литературы

1. Охалкин М. Б., Инфекции, передающиеся половым путем: методическая рекомендация / М. Б. Охалкин, М. В. Хитров, И. И. Ильянов – 2-е

издание, переработанное и дополненное – Ярославль: Ярославская государственная медицинская академия, 2020. – 57 с.

2. Кочергин Н. Г., Кожные и венерические болезни. Диагностика, лечение и профилактика: учебник / Н. Г. Кочергин – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 288 с.

ЗНАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОБЩЕНИЯ - ОСНОВА УМЕНИЯ ОБЩАТЬСЯ

Курганова Т.А.

*Научный руководитель - Муштенко Н.С., к.пс.н., преподаватель
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Одной из этических и нравственных проблем современного медицинского коллектива является обучение приемам культурного взаимодействия медицинских сестер с коллегами и пациентами любого типа, разного уровня культуры, образования, опыта, возраста, особенностей характера. В рамках сложившейся, в современной медицине модели сотрудничества, именно медсестра собирает данные о пациенте, определяет его проблемы и нарушенные потребности для сохранения и восстановления или поддержания угасания его здоровья. Диалог между медработником и пациентом предполагает и включает равенство партнеров по общению, определяет и подчеркивает их уникальность. Целью диалога медработника и пациента является - ориентация на понимание и активную интерпретацию точек зрения каждого из партнеров, при различии и оригинальности, а также их анализ и соотношение, ожидание ответа и предвосхищение его в собственном высказывании [1].

Профессия медицинской сестры является «помогающей», поэтому она включает в себя не только методические приемы, но также собственную вовлеченность, что предусматривает применение ее личностных качеств и умения. Коммуникативная компетентность медсестры заключается в умении устанавливать контакт, выстраивать правильную беседу с пациентом, формулировать вопросы в силу своей компетентности.

В нашем экспериментальном исследовании принимали участие медицинские сестры ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г. Е. Островерхова» [3] в количестве 30 человек, в возрасте от 22 до 69 лет (в среднем – 45,5 лет), стаж работы которых в границах от 1 года до 48 лет (в среднем – 24,5 года). В данном центре, в основном, или часто, обще-

ние медицинской сестры с инкурабельным пациентом, происходит, когда он расстроен, подавлен, агрессивен, испытывает физические и психологические трудности. Полученные результаты теста «Умеете ли Вы общаться?» [2], на выраженность показателя «умение общаться в профессиональной среде», дают нам представление об уровне коммуникативных способностей медсестер. Из исследуемой выборки:

а) 5 чел. (17 % состава) показали себя как в «известной степени, общительны». Положительным можно считать их чувство полной уверенности в себе при незнакомой обстановке. При накате новых проблем - не имеют испуга. Споры и диспуты не их стезя и участвуют они в этом не охотно. Они осмотрительны и с новыми людьми сходятся с оглядкой. Среди недостатков признается факт, что такие люди, в высказываниях, могут позволить себе сарказм, без основания на то. Обозначив цель на самовоспитание от этого можно избавиться.

б) 13 чел. (43 % состава) – обозначены, как люди с «нормальной коммуникабельностью». Контролируя свои эмоции, такие медработники, без неприятных переживаний, идут на встречу с новыми людьми. Ими движет любознательность, поэтому в общении они достаточно терпеливы, и охотно слушают интересного собеседника. В случае возникновения противоречий в разъяснительной форме, без вспыльчивости, отстаивают свою точку зрения.

Шумные и многословные компании – не их среда. Экстравагантные партнеры по общению и их выходки, вызывают у таких раздражение.

в) 12 чел. (40 % состава) признают себя как «общительны». Да, они общительны, даже порой, может быть, сверх меры. Публичность, говорливость и стремление высказываться по разным вопросам, ставит их в центр внимания, что, иногда, вызывает раздражение окружающих. Их вспыльчивость приводит к стычкам, но они быстро отходят. Любопытство, гонит их охотно знакомиться с новыми людьми. Имеют в характере привычку никому не отказывать в просьбах, но считают необязательным всегда их выполнить. При столкновении с серьезными проблемами теряют отвагу, при их реше-

нии, им недостает терпения и усидчивости. Однако, при желании, они могут себя заставить перед ними не отступать.

Общий показатель индекса общительности по выборке в среднем составил 14 баллов, что интерпретируется в градации, как «нормальная коммуникабельность».

Данные теста «Приятно ли с вами общаться?» [2] дают представление об уровне восприятия медицинской сестры ее окружением, в процессе профессиональной деятельности. Анализ полученных данных по тесту показывает, что:

а) с медработником под № 8 (1 чел. (3 % состава)) «общаться, не всегда приятно, а порой даже тяжело». Он может быть как молчун, из них и слова не вытянешь так и говорун, которого приходится избегать. Этому медработнику следовало бы, задуматься о том, как его воспринимают.

б) 29 чел., это 97 % состава «не слишком общительны, но почти всегда внимательные и приятные собеседники». Такие, эффективным общением могут добиться решения профессиональных целей в его интересах. Такие медсестры, проявив такую способность, могут завоевать доверие пациента, демонстрируя свою аккуратность, пунктуальность, опыт, подготовленность, осведомленность о положении дел пациента.

Экспериментальное исследование, с использованием адаптированных, к профессиональному полю, психодиагностических методик, проведенное в ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г. Е. Островхова», показало, что индекс общительности в общем – трактуется, как нормальная коммуникабельность; 97 % состава выборки, воспринимаются пациентами, как «не слишком общительны, но почти всегда внимательные и приятные собеседники». Таким образом, мы можем утверждать, что в деятельности медсестер этой выборки важным долгом является - обеспечить качественную обратную связь, для них главное - слышать других.

Список литературы

1. Паллиативная помощь онкологическим больным: под. ред. проф. Г.А. Новикова, акад. РАМН В.И. Чиссова. - М.: ООД «Медицина за качество жизни». - 2016. – 192 с.

2. Психология и этика делового общения под редакцией Лавриненко, В.Н.– «Культура и спорт» Издательское объединение "ЮНИТИ", 1997. – 279с.

3. Официальный сайт ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г. Е. Островерхова» [Электронный ресурс]. //Режим доступа: <https://onco46.ru> (Дата обращения: 06.11.2023).

СРЕДНЕЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СССР В ДОВОЕННЫЙ ПЕРИОД (1917 - 1940 гг.)

*Курдюкова Е.А., Трапезникова А.С.
Научный руководитель – Метленко Е.А., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность. Аптечное дело в советский период – традиция быть здоровым, отражение всего лучшего, что было в отечественном здравоохранении, а самое главное – высокое качество как изготавливавшихся лекарственных препаратов, так и квалификации работников аптек. Однако советская система подготовки фармацевтических кадров со средним образованием сложилась не сразу. В первые десятилетия советской власти она практически была выстроена заново. В отличие от становления высшего фармацевтического образования в данный период рассматриваемая проблема остаётся малоизученной, что обуславливает актуальность избранной темы.

Цель работы – осветить историю становления среднего фармацевтического образования в Советском государстве в период с 1917 г. по 1940 г.

Задачи:

- охарактеризовать переход от способа подготовки среднего аптечного персонала Российской империи к системе среднего фармацевтического образования Советского государства;
- проследить динамику расширения сети советских средних специальных учебных заведений, готовивших фармацевтов в рассматриваемый период;
- оценить степень соответствия среднего фармацевтического образования в конце обозначенного периода социально-экономическим потребностям государства.

После Октябрьской революции 1917 г. ситуация все аптеки переходят в собственность государства, поэтому проблема подготовки фармацевтов для работы в них так же должна была решаться государственной властью. В ян-

варе 1918 г. был запрещен прием в аптеки аптекарских учеников [2]. В то же время Постановление Народного Комиссариата по внутренним делам от 30 января 1918 г. отражает острую нехватку фармацевтических кадров, так как оно отменило циркуляры о потере практики аптекарскими учениками и помощниками из-за перерыва практики на срок больше года. Кроме того, их нахождение вне аптек больше года после установленного профессионального стажа перестало быть препятствием для допуска к экзаменам на высшие звания. В случае если перерыв практики составлял более пяти лет, аптекарский ученик/помощник должен был полгода отработать в аптеке для допуска к экзаменам.

В конце августа 1918 г. в виде исключения недавно сформированный Наркомздрав СССР допустил к приему в аптеки в качестве начинающих учеников лиц, получивших свидетельство на звание аптекарского ученика до издания выше обозначенного постановления НКВД либо успевших сдать экзамен и получить свидетельство на звание аптекарского ученика после издания постановления, но до фактического прекращения экзаменов [3]. При этом свидетельство они должны были получить ранее, чем за два года до опубликования постановления об аптекарских учениках. Основное значение данного документа для реформы среднего фармацевтического образования состояло в том, что через год со дня его опубликования прием в аптеки начинающих аптекарских учеников должен был окончательно прекратиться. Однако в силу дефицита кадров в аптеках традиция «аптекарского ученичества» просуществовала вплоть до начала войны.

В 1919 г. 8-й съезд РКП(б) обозначил в качестве главной цели Советского правительства создание социалистической системы образования. Одновременно создавалась система подготовки квалифицированных кадров со средним специальным и высшим образованием. В 1918 – 1922 гг. в стране были открыты первые высшие фармацевтические учебные заведения. С 1923 г. по инициативе наркома просвещения А.В. Луначарского в СССР стали массово появляться техникумы, которые по образовательному статусу бы-

ли выше ремесленного училища, гимназии или школы, но ниже института или университета. Тем временем ещё с 1920 г., учитывая сильнейший кадровый голод в аптеках, подготовка фармацевтических кадров среднего звена стала осуществляться на специализированных курсах продолжительностью от 6 месяцев до 9 месяцев. Вскоре на базе таких курсов стали открываться фармацевтические школы: 1921 г. – Первая Казанская советская фармшкола, 1924 г. – Томская фармшкола и др. Некоторые из них в последствие преобразовались в фармацевтические техникумы.

К началу 1930-х гг. общеобразовательный уровень молодёжи значительно вырос, и реформирование среднего специального образования открывало долгосрочные перспективы по сокращению дефицита кадров в системе здравоохранения. 8 сентября 1936 г. Совет народных комиссаров СССР принял Постановление № 401 «О подготовке средних медицинских, зубоучебных и фармацевтических кадров». Данный документ впервые в отечественной истории вводил единую систему медицинского и фармацевтического образования, которая подчинялась Народному Комиссариату Здравоохранения СССР, так как именно он утверждал типовые учебные планы и программы, в том числе для фармацевтических школ и аптекарского ученичества [4].

Подготовка фармацевтов средней квалификации (помощников провизора) могла производиться в фармацевтических школах с трёхлетним сроком обучения, из которых один год составляла практика, либо при аптеках и аптечных учреждениях, путём трёхлетнего аптекарского ученичества с последующей сдачей экзаменов при фармацевтической школе. Существовавшие к тому моменту фармацевтические техникумы и фармацевтические отделения медицинских техникумов реорганизовывались в фармацевтические школы.

По окончании специалисты получали свидетельство на звание помощника провизора, которое позволяло занимать самостоятельные фармацевтические должности в аптеках, аптечных и фармацевтических учреждениях и предприятиях, а при двухгодичном стаже практической работы в качестве помощника провизора – право занимать должность управляющего аптекой.

Учитывая сохранявшуюся на протяжении всего послереволюционного периода практику аптекарского ученичества, лица с семиклассным образованием, проработавшие в аптеке не менее трёх лет, могли экстерном окончить фармшколу и получить звание помощника провизора.

Выводы. Таким образом, переход к иной модели подготовки фармацевтических кадров со средним специальным образованием в первые десятилетия советской власти был довольно сложным, а решения управленцев по этому вопросу отчасти имели противоречивый характер. Однако к началу 1940-х гг. за счет создания курируемой Наркомздравом СССР системы медицинского и фармацевтического образования количество средних специальных учебных заведений, а, следовательно, фармацевтических кадров для аптек значительно выросло. Наши изыскания указывают, что в период с 1917 г. по 1940 г. фармообразование в РСФСР стало возможно получить в 18 образовательных учреждениях. В том числе, в конце этого периода начинает свою деятельность Курская фармацевтическая школа. В соответствии с Приказом Наркомздрава № 713 от 10 июля 1939 г. с 1-го сентября 1939 г. она открыла свои двери для 120 обучающихся нового набора. Однако вскоре её функционирование, как и многих других учебных заведений европейской части СССР, было прервано Великой Отечественной войной и возобновилось только в послевоенный период уже в качестве фармацевтического училища.

В то же время, по данным статистики численность населения со средним и неполным средним образованием по РСФСР на 1939 г. составляла 8291000 человек. Исходя из общей численности населения республики, на 1000 человек приходилось всего 76 человек, имевших среднее или неоконченное среднее образование, и в 10 раз меньше было тех, кто имел высшее образование [1]. Данные цифры свидетельствуют о несоответствии количества профессиональных образовательных учреждений социально-экономическим потребностям государства в тот период, в том числе, в системе среднего фармацевтического образования.

Список литературы

1. Народное хозяйство СССР в 1960 году (Статистический ежегодник). Территория и население СССР. Часть II – М., 1961. – Текст: электронный// Проект «Исторические материалы». – URL: <https://istmat.org/node/381> (Дата обращения: 27.02.2024).
2. Постановление Народного Комиссариата по Внутренним Делам № 322 «Об изменении и расширении профессиональных прав фармацевтов-служащих в аптеках» от 30 января 1918 года/ – Текст: электронный// Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства за 1917 – 1918 гг. – М., 1942. – URL: <http://docs.historyrussia.org/ru/nodes/348228-postanovlenie-narodnogo-komissariata-po-vnut-locale-nil-rennim-delam-ob-izmenenii-i-rasshirenii-professionalnyh-prav-farmatsevtov-sluzhaschih-v-aptekah-30-yanvary-a-1918-goda#mode/inspect/page/1/zoom/4> (Дата обращения: 15.02.2024).
3. Постановление Народного Комиссариата Здравоохранения № 699 «Об аптекарских учениках» от 30 августа 1918 года. – Текст: электронный// Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства за 1917 – 1918 гг. – М., 1942. – URL: <http://docs.historyrussia.org/ru/nodes/348605> (Дата обращения: 17.02.2024).
4. Постановления Совета Народных Комиссаров № 401 «О подготовке средних медицинских, зубоврачебных и фармацевтических кадров» от 8 сентября 1936 г. – Текст: электронный// Собрание законов и распоряжений Рабоче-Крестьянского Правительства СССР за 1936 г. – М., 1946. – № 47. – Проект «Исторические материалы». – URL: <https://istmat.org/node/47179> (Дата обращения: 25.02.2024).

ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ЭПОХУ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ИНТЕРНЕТА

Литвиненко Ю.Р.

*Научный руководитель – Луханина Е.М., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Прежде чем подробно рассмотреть саму сущность здорового образа жизни необходимо определить, что вообще означает понятие «здоровье». На официальном сайте Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее – Роспотребнадзор) дает следующую трактовку данному понятию: «Здоровье – одна из самых главных и важнейших составляющих счастья, это драгоценность, дарованная человеку, которую он обязан беречь с детских лет, ведь здоровый человек формирует здоровую нацию, а с ней – здоровую планету» [3].

«Одна из основных составляющих здоровья – это здоровый образ жизни — это такой образ жизни человека, который направлен на укрепление здоровья и профилактику болезней. Иными словами, здоровый образ жизни — это список правил, соблюдение которых максимально обеспечит сохранение и укрепление здоровья (как физического, так и психического)» [3].

На сегодняшний день здоровый образ жизни закрепился в мышлении людей. На это оказали огромное влияние средства массовой информации, а в частности телевидение, интернет-ресурсы, YouTube-каналы, где большое количество как профессиональных блогеров, так и любителей показывают красивую картинку здорового образа жизни, а также фармацевтические компании, которые продвигают свои препараты в массы с целью улучшения или поддержания здоровья.

Сейчас многие люди, особенно в лице молодого поколения, потеряли ту основную идею здорового образа жизни, считая что, здоровье приравнивается к красивой внешности. Хотя, если вернуться к тому же определению Роспотребнадзора здоровья и ЗОЖ, видно, что в нем говорится

не только о физической составляющей (отсутствие болезней, хорошая физическая подготовка и т.д.), но и о психологической.

Когда XXI век является эпохой цифровизации, основным ресурсом пропаганды ЗОЖ выступает «Интернет».

«Пропаганда – (от лат. *propaganda* подлежащее распространению) популяризация и распространение политических, философских, религиозных, научных, художественных или иных идей в обществе посредством устной речи, средств массовой информации, визуальных или иных средств» [4].

В одном из своих исследований Е. А. Зяблицкая и И. Н. Гучетль писали, что «Пропаганда здорового образа жизни – это комплекс мероприятий, направленных на формирование и воспитание основ здорового образа жизни и бережного отношения к своему здоровью».

Существует множество разных сайтов, где здоровый образ жизни показан с точки зрения эстетики, и, смотря на это, у людей появляется желание жить точно так же – по определенным правилам:

- Вставать очень рано, когда у каждого человека свое время подъема;
- Обязательно завтракать;
- Делать зарядку;
- Большая физическая активность (пример: 10 тыс. шагов);
- Разделение еды на «можно» и «нельзя», с аргументацией на то, что определенного вида еда вредно для здоровья;
- Ложится в одно время и многое другое.

Если рассматривать выше представленные пункты с медицинской точки зрения:

1. Если ложится спать до 22:00, то после пробуждения у человека будет хорошее настроение и заряд бодрости на весь день, но если он ляжет спать после 22:00 или больше полуночи, вместо бодрости он будет чувствовать вялость и отсутствие энергии. Так же, перейдя резко на ранний

подъем, есть вероятность что, организм будет сопротивляться и усталость, и желание поспать будут сопровождать человека достаточно долгое время.

2. Завтрак – один из важных приемов пищи, так как от него зависит самочувствие человека на протяжении всего рабочего дня. Завтрак напрямую влияет на такие показатели как холестерин и уровень сахара в крови, а именно его поддержание. Без завтрака человек может объесться во второй половине дня, что способствует резкому скачку сахара и холестерина, что может вызвать сердечнососудистые заболевания и диабет.

3. Что касается всем известной зарядки по утрам, никаких негативных последствий для организма она не несет.

4. Сама по себе физическая активность также вреда не несет, как и зарядка по утрам, но в избытке это приводит к ряду негативных последствий: нарушение иммунной функции, низкий уровень энергии, мышечные судороги, снижение общего периферического сосудистого сопротивление (снижение артериального давления и низкой ЧСС - обморок).

5. В одном из пунктов ЗОЖ, который показывают часто в интернете, говорится о разделении еды на категории «можно» и «нельзя». По факту не в одном определении здорового образа жизни этого пункта нет, и никогда не было (исключая случаи индивидуальной непереносимости, запреты по медицинским показателям и т.д.), хотя в пропагандистской трактовке ЗОЖ этот пункт является чуть ли не самым важным. Говоря о первоначальном понятии ЗОЖ, берётся во внимание не только физическое здоровье, как уже упоминалось ранее, но и психологическое. Стоит отметить, что полный отказ от любимых продуктов, пусть и в некоторой степени вредных, может привести к перееданию, депрессии, постоянным мыслям об этой еде, то есть никакой психологической стабильности у человека наблюдаться не будет, что уже противоречит первоначальной трактовке ЗОЖ.

6. Ложится в одно время это полезно: вырабатывается стабильный ритм и улучшение качества сна.

Кроме интернета телевиденье также активно продвигает нам концепцию здорового образа жизни, показывая различные шоу. При этом стоит упомянуть, что далеко не все они так полезны, какими кажутся на первый взгляд. Многие из них доводят идеи спорта и правильного питания до фанатизма, после чего у людей, смотрящих и участвующих в них, появляется нездоровое представление о правильном укладе жизни.

Несомненно, есть и такие передачи, которые приносят пользу, рассказывая о вреде фастфуда (в переводе с английского означющее дословно – «быстрая еда»), большом количестве сахара, публикуются исследования, призванные обратить внимание на качество потребляемой продукции, чтобы люди самостоятельно, осознанно могли переосмыслить свои пищевые привычки без негативного давления со стороны иного мнения.

С точки зрения медицины ЗОЖ не равно полный отказ от вредных продуктов, также как и изнуряющие физические нагрузки не являются гарантией здорового тела. Необходимо, смотря лишний раз на красивые картинки и передачи по телевизору, читая статьи в интернете, помнить, что всегда в приоритете должно оставаться здоровье, которое можно получить, соблюдая несколько простых пунктов, о некоторых из которых говорилось выше:

1. Соблюдать режим дня;
2. Сбалансированное питание, учитывая потребности организма;
3. Умеренная физическая нагрузка, с вниманием на самочувствие;
4. Обязательно уделять время отдыху в течение дня;
5. Соблюдение гигиены.

Здоровье – самое важное и ценное, что есть у человека. Очень важно следить за ним на постоянной основе и не ради одобрения в обществе и моды на него, а ради спокойной и долгой жизни и любви к самому себе.

Список литературы

1. Зяблицкая, Е. А. Пропаганда здорового образа жизни [Текст] / Е.А. Зяблицкая, И.Н. Гучетль // Новые технологии в учебном процессе и

производстве : Материалы XXI Международной научно-технической конференции, посвящённой 35-летию полета орбитального корабля-ракетоплана многоразовой транспортной космической системы «Буран», Рязань, 12–14 апреля 2023 года / Под редакцией А.Н. Паршина. – Рязань: Рязанский институт (филиал) федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Московский политехнический университет» , 2023. – С. 806-808.

2. Остапенко, Е. С. Основные методы пропаганды как средства манипуляции общественным мнением [Текст] / Е. С. Остапенко, Р. И. Гриванов // Личность как субъект социальных изменений: экономические, политико-правовые и гуманитарные аспекты : сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 28 июля 2022г. : Белгород : ООО Агентство перспективных научных исследований (АПНИ), 2022. С. 23-39.

3. Официальный сайт Роспотребнадзор. Общее понятие о здоровом образе жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://71.rospotrebnadzor.ru/content/596/82301/>.

4. Толковый словарь Ожегова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ogegova/189862>.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ПРИМЕРЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Литвинова В.А.

*Научный руководитель – Комарова М.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В России, как и во всем мире, сердечно-сосудистая патология занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности населения. Так, в 2020 г. на долю ишемической болезни сердца (ИБС) пришлось 52,6% от общего количества случаев смерти от болезней системы кровообращения. Немаловажно то, что 42% умерших от ИБС составили лица трудоспособного возраста.

Более чем у половины больных ИБС инфаркт миокарда (ИМ) является первым проявлением заболевания. Это обусловлено тем, что своевременное выявление ИБС затруднено при атипичной клинике стенокардии, безболевого ишемии миокарда, наличии различной сопутствующей патологии, а также у лиц пожилого возраста.

Распространенность стенокардии, как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции, увеличивается с возрастом у лиц обоего пола – с 5-7% среди женщин в возрасте 45-64 лет до 10-12% среди женщин в возрасте 65-85 лет, и с 4-7% среди мужчин в возрасте 45-64 лет до 12-14% среди мужчин в возрасте 45-64 лет. В России ежегодно регистрируется более 500 000 случаев острого коронарного синдрома (ОКС), из них ИМ составляет 36,4%, а нестабильная стенокардия – 63,6%. ОКС регистрируется в 3-4 раза чаще у мужчин, чем у женщин в возрасте до 60 лет, но в возрастной группе старше 75 лет – уже чаще у женщин.

Цель исследования: выявить, какова роль фельдшера в ранней диагностике развития ишемической болезни сердца

Задачи исследования:

– Изучить понятия ишемической болезни сердца и стенокардии.

- Рассмотреть диагностику стенокардии напряжения.
- Проанализировать влияния фельдшера в ранней диагностике ишемической болезни сердца, на примере стенокардии напряжения.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям (КА). В основе заболевания лежит несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и уровне поступления с коронарным кровотоком.

Ишемическая болезнь сердца является одной из основных причин ранней инвалидизации и смертности взрослого населения Российской Федерации. За последние 40 лет коэффициент смертности, обусловленной ИБС, увеличился в 2 раза. Следовательно, раннее выявление и диагностика заболевания являются важным звеном разработки профилактических мероприятий.

Классификация ИБС (на основе рекомендаций ВОЗ):

1. Стенокардия.
2. Инфаркт миокарда.
3. Постинфарктный кардиосклероз.
4. Нарушения сердечного ритма.
5. Сердечная недостаточность (ишемическая кардиомиопатия).
6. Внезапная кардиальная смерть (первичная остановка кровообращения).

Выделяют четыре клинические формы стенокардии:

1. Нестабильная;
2. Стабильная (напряжения);
3. Вазоспастическая;
4. Микрососудистая.

Стенокардия – клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастрий.

Стенокардия в переводе с древнегреческого языка обозначает «узкое сердце». В англоязычной медицинской литературе применяется термин *angina pectoris*, где слово «*angina*» также произошло от древнегреческого термина «*ankhone*», обозначающего ощущение удушья, сдавливания. Ранее болезнь называли «грудная жаба».

Основной признак стенокардии напряжения – возникновение боли в грудной клетке во время физической нагрузки и её быстрое исчезновение в покое, после прекращения нагрузки. В большинстве случаев продолжительность стенокардии напряжения от 1 до 5 минут, нередко 1-3 минуты, зависит от того, насколько быстро больной прекратит нагрузку. Характерно ощущение сдавливания, тяжести, распирающего жжения за грудиной (это ощущение условно обозначают термином «ангинозная боль»). Типичная иррадиация болевых ощущений – влево и по внутренней поверхности левой руки. Хотя могут наблюдаться атипичные варианты характера, локализации и иррадиации болевых ощущений. Так же дополнительное значение имеет чёткий эффект от приёма нитроглицерина.

Помощь фельдшера при стенокардии включает в себя неотложные действия, которые стабилизируют состояние больного

Первичные действия фельдшера:

- успокоить пациента, посчитать и оценить его пульс, измерить давление;
- уложить или помочь ему принять положение полусидя, обеспечить покой;
- дать нитроглицерин в таблетках или каплях (валидол);
- поставить на грудину и область сердца горчичники, при длительном приступе – пиявки на область сердца;
- 30-35 капель корвалола или валокордина; наблюдать за состоянием до прихода врача.

На основе выше приведенных сведений, можно сделать вывод, что фельдшер играет важную роль в оказании медицинской помощи в диагно-

стике, лечении ишемической болезни сердца, на примере стенокардии напряжения. Правильная диагностика и экстренная помощь, даёт возможно избежать осложнений.

Список литературы

1. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА. Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология» – Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2021.с. 109

2. Джанашия, П.Х. Неотложная кардиология: руководство для врачей / П.Х. Джанашия, Н.М. Шевченко, С.В. Олишевко. – Москва: БИНОМ, 2022, с. 172-173.

3. Голощاپов-Аксенов, Р.С. Организационные и клинические основы рентгенохирургических методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р.С. Голощاپов-Аксенов, В.Ю. Семенов, Д.И. Кича. – 2-е изд., доп. – Москва: МИА, 2022.

ГИПОДИНАМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА ОТ МАЛА ДО ВЕЛИКА

Лыкова К.Е.

*Научный руководитель – Кузьмичёва Т.О., преподаватель
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Гиподинамия – «болезнь» современного человека, это достаточно распространенное состояние среди населения XXI века, занимающее высокое место среди всех факторов риска, влияющих на здоровье, данному недугу подвластны все: беременные, дети, взрослые и люди пожилого возраста, отсюда и следует что эта проблема огромного масштаба. Это состояние сопровождается не просто большим, а действительно огромным количеством разнообразных симптомов, которые могут привести к необратимым процессам. ВОЗ заявила о недостаточной физической активности у 79,1% мужчин и у 80,9% женщин в РФ. За последние 16 лет, несмотря на всю агитацию за ЗОЖ, малоподвижных людей меньше не стало.

Гиподинамия является следствием освобождения человека от физического труда, её так же называют «болезнью цивилизации» но так же более половины случаев гиподинамии обусловлены обычной ленью. Отсутствие физической активности и пребывания на свежем воздухе объясняется длинным рабочим днем, наличием личного транспорта, усталостью и стрессами.

Среди других причин гиподинамии которые можно перечислять бесконечно, такие как: патологические состояния, развитие компьютерных технологий, избыточная масса тела, издержки профессии и т.д..

А что же такое вообще «гиподинамия» и как она влияет на здоровье современного человека?

Гиподинамия (пониженная подвижность, от греч. ὑπό — «нехватка» и δύναμις — «сила») — нарушение самых ведущих функций организма: опорно-двигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения и других систем организма. А в чем же заключается это влияние?

Сердечно-сосудистая система основная «мишень» при гиподинамии — ослабевает сила сокращений сердца, уменьшается трудоспособность, снижается тонус сосудов, уменьшается кровоснабжение тканей. В результате неполноценного расщепления жиров кровь становится «жирной» и лениво течёт по сосудам, — снабжение питательными веществами и кислородом уменьшается. Следствием гиподинамии могут стать ожирение и атеросклероз.

Дыхательная система. Уменьшается жизненная емкость легких и легочная вентиляция, интенсивность газообмена, снижается поглощение кислорода из артериальной крови, появляется одышка развиваются заболевания лёгких.

Половая система. Сидячий образ жизни в самой ближайшей перспективе склонен образовывать застойные явления в органах малого таза, нарушая местное кровообращение. Это может стать основой для следующих функциональных отклонений: ослабленная эрекция, развитие простатита - воспалительного процесса в предстательной железе; развитие воспалительных процессов.

Мочеполовая система. Сидячий образ жизни в самой ближайшей перспективе склонен образовывать застойные явления в органах малого таза, нарушая местное кровообращение. Местное нарушение кровообращения делает органы малого таза более восприимчивыми к урогенитальным инфекциям.

Центральная нервная система. На фоне сниженной физической активности медики нередко констатируют изменения состояния центральной нервной системы, проявляющийся обычно быстрой утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, а порой и обидчивостью, пониженной стрессоустойчивостью, повышенной конфликтностью.

Желудочно-кишечный тракт. Тот же застой крови в органах малого таза провоцирует, и проблемы с органами желудочно-кишечного тракта (запорами и геморроем). Нарушение обменных процессов вследствие сидячего

образа жизни приводит к дисбалансу в усвоении белков, жиров и углеводов, что в случае наследственной предрасположенности обращается лишними килограммами и ожирением.

Опорно-двигательный аппарат. Отсутствие двигательной активности в течение многих часов на рабочем месте, как и пассивный отдых, непременно приводит к атрофии мышц и изменениям в структуре костей. Атрофия мышц, проявляющаяся в уменьшении мышечного объема и силы сокращения мышц, часто сочетается с увеличением количества жировой ткани, особенно если нарушены обменные процессы. В результате дефицита движений, сидячего развивается сутулость, ускоряются процессы физиологического старения.

Гиподинамия- это состояние, которое может привести к необратимым процессам.

Как бороться с гиподинамией?

Профилактика гиподинамии не является чем-то сложным. Главное — вести здоровый образ жизни, выполнять физические упражнения и увеличить двигательную активность. Но если человек уже страдает данной пагубной привычкой, то необходимо принимать решения, как бороться с гиподинамией!?

Главным условием и в том и другом случае является «мотивация» человека, только правильно замотивировав человека, можно добиться успеха.

1. Любой уровень физической активности лучше, чем ее отсутствие, и чем он выше, тем лучше. В первую очередь это увеличение физических нагрузок. Утром включите любимую музыку и сделайте разминку на основные группы мышц – это тонизирует и настраивает на работу. Будет полезна 10-минутная ежедневная вечерняя пробежка (которая, кстати, идеальна для похудения).

2. Используйте приложения-шагомеры на смартфонах. Такие программы позволяют подсчитывать количество шагов за день, благодаря кото-

рым у человека появляется желание ежедневно бить свой предыдущий рекорд, проходя всё больше и дальше.

3. Следует ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа. Замена пребывания в положении сидя или лежа физически активной деятельностью любой интенсивности (в том числе низкой интенсивности) приносит пользу здоровью.

4. При ограничении состояния здоровья вам поможет ЛФК: простые пассивные движения начинают во время постельного режима, при улучшении самочувствия пациента добавляют активные упражнения.

5. Начните правильно питаться. и не с понедельника, а прямо сейчас. Пейте больше воды, зеленый чай, свежевыжатый сок. Рациональное питание не только улучшит ваше самочувствие, укрепит здоровье, но и продлит жизнь.

6. Откажитесь от вредных привычек, это увеличит возможности вашего организма.

7. Важный компонент здорового образа жизни – природные силы, например, солнце. Поэтому летом проводите умеренное количество часов на солнце, не сидите дома, гуляйте в парках, по возможности передвигайтесь пешком.

8. Необходимо соблюдать режим труда.

9. Нормализуйте режим сна. Начните засыпать и просыпаться в одно и то же время. 8-часовой сон обеспечит Ваш организм отдыхом и восстановленным иммунитетом. Но не злоупотребляйте. Долгий сон может вызвать переутомление, и организм потеряет драгоценные силы.

10. Начните закаливаться. Это повысит сопротивляемость организма к вирусам и укрепит иммунитет. Найдите наиболее оптимальный способ закаливания лично для Вас: это может быть контрастный душ, моржевание (купание в ледяной воде), обтирание. Популярное и не требующее усилий средство закаливания – хождение босиком.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

2. Д. А. Крюкова, Л. А. Лысак, О. В. Фурса Серия «Среднее медицинское образование» Допущено Министерством образования РФ в качестве учебного пособия для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по медицинским специальностям
Здоровый человек и его окружение

3. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Гиподинамия>

ВОПРОСЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В РАБОТЕ ФАРМАЦЕВТА

Маркина К.С.

*Научный руководитель - Сорокина Т.И., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Цели:

1. Выяснить основные морально-этические нормы и правила профессии фармацевт. Выделить основные качества, необходимые будущему специалисту.

Задачи:

1. Выявить особенности и проблемы фармацевтической деонтологии;
2. Проанализировать значимость нравственных качеств фармацевта в его профессиональной деятельности, подчеркнуть необходимость работы над собой по формированию нравственных норм.

Актуальность:

Театр начинается с вешалки. А аптека? А аптека - с фармацевта. От способностей, активности, образованности, доброжелательности, коммуникабельности, аккуратности, честности, любви к людям, грамотной речи и других качеств фармацевта первостольника зависит не только объем продаж, конкурентноспособность аптеки, но и уровень доверия людей.

Еще несколько лет назад, в объявлениях о приеме на работу фармацевтов и провизоров доминировали всего два положения: профильное образование и отсутствие вредных привычек. Сегодня требования существенно расширились: нужен аккуратный, общительный, доброжелательный, внимательный, владеющий техникой продаж, грамотный работник. То есть большая часть требований – их нравственное содержание. Поэтому целью нашего исследования явился нравственный аспект профессии фармацевта.

Среди проблем теоретической медицины, связанных с профессиональной деятельностью фармацевта и других медицинских работников, этические и деонтологические вопросы до настоящего времени не заняли надлежащего места и не пользуются престижностью, оказались как бы второстепенными. Если недостаточная профессиональная квалификация медицинского работника не всегда может быть распознана больным или его близкими, то его нравственный облик обнажается без труда и может получать, к сожалению, отрицательную оценку населения. Это не способствует успешному решению тех ответственных социальных задач, которые стоят перед здравоохранением.

С этой целью был проведен опрос посетителей аптек. Посетители 2 аптек. Аптека «Гарант» Карла Маркса 59, и аптека №122 Карла Маркса 65А

Результаты анкетирования следующие:

На вопрос: Всегда ли вы довольны обслуживанием фармацевта?

А) Аптека «ГАРАНТ» 100 % - полностью довольны

Б). АПТЕКА 122 18% довольны, 82% не довольны обслуживанием в этой аптеке

На вопрос, Идете ли вы в эту аптеку, потому что там доброжелательный и внимательный фармацевт?

А. Аптека «ГАРАНТ» 100 % ответили что порой и идут именно в эту аптеку так как там стоит конкретный работник, хороший внимательный в чистом белом халате фармацевт.

Б. АПТЕКА 122

На вопрос: Каким вы хотели бы видеть фармацевта (словесный образ)?

А. Доброжелательный, вежливый, общительный, аккуратный, честный, внимательный.

Б. Добрый, опытный, компетентный, общительный, вежливый.

Результаты анкетирования говорят о том что:

1. Большинство опрошенных предпочитают видеть в аптеках не только компетентных специалистов, но и внимательных и душевных фармацевтов.

2. Аптека сети «Гарант» отличается уровнем обслуживанием и проявлением более высоких нравственных качеств по сравнению с аптекой №122.

Таким образом, исходя из результатов анкетирования, показавших преимущество аптеки «Гарант» в вопросах нравственности по сравнению с аптекой №122. Мы решили изучить:

1. Каким образом строится работа в аптечной сети «Гарант»
2. Что лежит в основе успешной деятельности по формированию качеств необходимых специалисту и как их достичь.

В беседе с руководителем Елены Анатольевны Сидоровой мы выяснили, что культура поведения, высокий уровень коммуникации, желание следовать правилам принятым в аптечной сети – закон.

В основе успешной работы сети гарант лежит следование подробно строго выполняемому «Положение по работе с клиентами сети аптек «Гарант» ИП Сидоровой Е.А.»

Цель аптечного предприятия: сделать аптеки сети «Гарант» любимыми аптеками города. Мы обходительны и любезны со всеми, как внутри аптеки, так и вне ее. Безупречный внешний вид каждого сотрудника аптеки и самой аптеки – это наше отношение к окружающим, поэтому аккуратность – это важный принцип нашей работы. Белоснежный халат тоже является составной частью имиджа. основополагающими принципами в работе Аптеки являются: уважение к человеку и его деньгам, доброжелательность, терпение и такт, этичные способы продаж, ориентированные на потребителя. Качество основная цель продвижения и продажи.

Аптека – это здоровый стиль жизни сотрудников. Каждый сотрудник, разделяя ценности и идеологию нашей Аптеки, должен чувствовать свою сопричастность к ее успехам, понимать свою ответственность, за ее дела, цену

своих возможных упущений, всегда стоять на страже интересов нашей Аптеки. Сотрудник не должен пользоваться методами, унижающими достоинство клиентов, других служащих или своих коллег. Сотрудник аптечного предприятия дорожит добрым именем аптеки и своим собственным. То, что необходимо для продвижения сотрудника – это не ревность коллег, не их зависть или восхищение, а поддержка и понимание.

Недопустимо хвастовство, снисходительное отношение, то есть, унижительное утешение или похвала, упрек, подшучивание.

Запрещено проявлять в коммуникациях с покупателями или коллегами следующие словосочетания: вы меня удивляете, вы же умный человек, я хотел бы дать вам совет, я не хочу вас обижать, подумайте хорошенько, это не разговор, это ваши трудности.

Выводы:

1.Первостепенная роль в формировании морального облика фармацевта в процессе обучения в огромной степени принадлежит самому студенту.

2.Оставшееся время обучения каждый должен потратить для себя с пользой, для работы над собой, а работать есть над чем. Хамство, задиристость, неумение держать себя в руках – качества, которые довольно часто присущи современным молодым людям, к сожалению и нашим студентам, особенно первокурсникам, но совсем несовместимые с образом идеального фармацевта. В торговом зале аптеки не должно быть ни шумных скандалов, ни выяснений отношений с посетителями - покупатели должны быть довольны.

Следовательно, вопросы этики и деонтологии, становятся актуальными, что обуславливает необходимость поиска путей повышения действенности и эффективности воспитания фармацевтических работников. Как видите, идеал и профессионализм – это всего лишь совокупность качеств. Работайте над собой, и вы сможете стать незаменимым сотрудником. Любить и ценить свою профессию, ощущать социальную значительность своего труда, рабо-

тать с максимальной самоотдачей – это так легко, когда фармация – призвание!

Список литературы

1. Гаврилина Н.И., Шульженко В.И., Бутова Г.П. Этика, деонтология и психология в работе фармацевта и провизора // Новая аптека. - 2007. - № 9. - С. 58-61.
2. Гулимбетова Ж.У. Об этике и деонтологии в практической деятельности фармацевтов и провизоров // Вестник ЮКГМА. - 2010. - № 1. - С.161-163.
3. Ибрагимова Г.Я., Сбоева С.Г. Фармацевтическая этика и деонтология: Учебное пособие. - Уфа: Башкирский государственный медицинский университет, 2001. - 133 с.
4. Корнюшин В. Профессиональная этика и деонтология фармацевта: прошлое, настоящее, будущее? // Фармацевтический вестник. - 2011. - №30 (646).
5. Эльяшевич Е.Г. Деонтология взаимоотношений между фармацевтами // Новая аптека. - 1999. - № 9. - С. 28-31.
6. Эльяшевич Е.Г. Фармацевту о деонтологии. - Минск: «Высшая школа», 1982. - 224 с.
7. Этический кодекс фармацевтического работника России. - М.: медицина, 1996.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Маслова В.А.

*Научный руководитель - Гончарова Ю.С., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

При современном ритме жизни и негативном информационном фоне избежать стресса и эмоционального переутомления очень сложно. Еще хуже, если усталость накапливается, а затем начинает беспокоить не только в конце рабочего дня или недели, а практически постоянно. Это значит, что пора услышать «сигналы о помощи», которые посылает организм.

Синдром хронической усталости (далее СХУ) - это тяжёлое хроническое системное заболевание, при котором нарушается работа иммунной, сердечно-сосудистой, нервной, гормональной и других систем организма. В группе риска находятся жители мегаполисов, особенно люди, чья работа связана с высоким уровнем ответственности, интеллектуальной и эмоциональной нагрузки, требует быстроты реагирования и сообразительности. К ним относятся учителя, врачи, пожарные, предприниматели, люди, занимающие высокие должности.

По разным оценкам, распространённость СХУ среди населения может достигать 2%. Это примерно 160 миллионов человек во всём мире.

Настоящие причины развития синдрома хронической усталости до сих пор неизвестны. Тем не менее, достоверно установлены факторы, повышающие риски развития данного состояния даже в молодом возрасте:

- ✓ плохая санитарно-экологическая обстановка;
- ✓ хронические заболевания;
- ✓ вирусные инфекции;
- ✓ однообразная напряженная работа;
- ✓ несбалансированное питание;
- ✓ сон меньше 7–9 часов в сутки;
- ✓ сидячий образ жизни;

✓ приём некоторых лекарств: антигистаминных средств, препаратов от давления;

✓ дефицит витамина D, B12.

В норме любое сильное утомление проходит после полноценного сна и отдыха. Если же человек выспался и хорошо поел, но продолжает чувствовать себя вяло и утомленно, что мешает ему выполнять привычные дела, - это скорее патологическое состояние. Отличительные черты усталости при СХУ — это беспричинная постоянная усталость в течение полугода и более, значимо снижающая качество жизни.

Кроме того, важно вовремя обратить внимание на следующие признаки, сопровождающие СХУ:

➤ быстрая утомляемость, если действия, которые раньше не вызывали затруднений, превращаются в огромную проблему, то Вам стоит обратить на это особое внимание. И это касается не только рабочих вопросов: небольшая прогулка, встреча с друзьями или даже поход в магазин могут сопровождаться усталостью;

➤ перепады настроения: от полной апатии до вспышек гнева;

➤ нарушения сна: сонливость, бессонница, не приносящий бодрости поверхностный или прерывистый сон;

➤ головные боли, которые отличаются от тех, что были раньше, по интенсивности, характеру или продолжительности;

➤ проблемы с памятью и мышлением: нарушение концентрации внимания, ухудшение настроения, сложности с запоминанием информации, раздражительность;

➤ снижение иммунитета, например, частые боли в горле, обострение хронических заболеваний;

➤ повышение температуры тела;

➤ увеличение разных групп лимфатических узлов: шейных, подмышечных или других.

В запущенных случаях хроническая усталость не только снижает качество жизни, но и может спровоцировать опасные для жизни ситуации. К примеру, резкое ухудшение концентрации внимания или сонливость - частая причина несчастных случаев. Именно поэтому при синдроме хронической усталости важно, вовремя начать лечение.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ



ЛЕЧЕНИЕ

Синдром хронической усталости можно и нужно лечить, однако не стоит заниматься самолечением. Правильно определить диагноз способны только врачи. В зависимости от проявления симптомов, спровоцировавших данное заболевание, пациент может посетить следующих специалистов: терапевт, психолог, невролог, эндокринолог, иммунолог, которые могут назначить амбулаторное лечение или направить в оздоровительный центр. Лечение может включать:

1. Медикаментозное (витамины, иммуномодуляторы, гомеопатические, противовоспалительные средства, антидепрессанты, противовирусные препараты);
2. Физиопроцедуры (лечебная физкультура, акупунктура, успокаивающий массаж, гидротерапия и др.);
3. Рекомендован хороший сон, диета, распланированный распорядок дня.

Чем раньше будет начато лечение, тем больше вероятность, что человек вернется к полноценной жизни.

ПРОФИЛАКТИКА

Существуют методы профилактики СХУ, помогающие снизить риск развития данного состояния:

1. Отдых. В любом рабочем процессе необходимо делать короткие перерывы, т.е. поработали час, другой и прервались на короткий отдых, особенно это необходимо для тех, кто занят монотонной работой. Обязательно отдыхайте в течение пары недель хотя бы два раза в год, во время которого можно отправиться в путешествия, чтобы сменить обстановку и получить массу новых впечатлений. По вечерам уделяйте себе пару часов, а в выходные проведите время в кругу родных или друзей.

2. Физическая активность, правильные и регулярные физические нагрузки помогают укрепить организм, улучшить настроение и справиться с переутомлением. Подойдет плавание, фитнес, йога, аэробика, бег, танцы, велоспорт и даже обычная зарядка по утрам.

3. Здоровый сон, старайтесь спать не меньше 7 – 9 часов. При этом очень важно спать именно в темное время суток: ночью во сне вырабатывается мелатонин. Его недостаток может стать причиной стресса.

4. Оздоровительные процедуры и нормализация психоэмоционального фона. Для улучшения общего состояния организма при переутомлении и синдроме хронической усталости стоит сделать курс массажа и других оздоровительных и расслабляющих процедур.

5. Здоровое и сбалансированное питание. Правильное питание также способствует улучшению настроения и повышению энергии, помогает улучшить сон, снизить уровень стресса и благоприятно повлиять на когнитивные функции.

6. Отказ от вредных привычек.

Например, в Белгороде, по результатам исследования, спрос на витамины за год вырос на 12%. А ещё жители нашего региона активно занимаются спортом, едят овощи и фрукты, берут мини-отпуск.

Список литературы

1. Электронные ресурсы (Интернет).
2. Мороз И.Н., Подколзин А.А.

// Журнал «Профилактика и старение», Выпуск 1, 2019.

3. Комаров, С. Г Синдром хронической усталости: автореферат.

АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Масловская А.А.

*Научный руководитель - Ошейко С.Н., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе России, несмотря на существенный прогресс последних десятилетий в сфере диагностики и лечения этой патологии. Учитывая опасность патологии, лучше ее предупредить, чем лечить. Именно поэтому при подозрении на сердечно-сосудистые заболевания и другие нарушения в работе сердца важно немедленно обратиться за помощью к специалисту, чтобы не допустить формирования такого заболевания, как инфаркт миокарда.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что инфаркт миокарда среди болезней сердечно - сосудистой системы является ведущей причиной первичной инвалидности, значительно ухудшающее качество жизни пациента и часто приводящее к летальному исходу. Специалисты Российского научного кардиологического центра (РНКЦ) проанализировали статистику по количеству инфарктов миокарда во всём мире, и она показала, что Россия занимает 1-ое место по смертности от ИМ.

Инфарктом миокарда называют острое состояние, которое сопровождается атеросклеротическим сужением коронарных артерий, питающих сердечную мышцу.

В первую очередь подвержены этому заболеванию мужчины в возрасте от 40 до 60 лет. Женщин до климакса от инфаркта миокарда защищают женские половые гормоны – эстрогены, в постклимактерическом периоде показатели заболеваемости женщин приближаются к таковым у мужчин.

Для определения показателей распространённости заболеваемости инфарктом миокарда, были проанализированы данные статистических сборников электронного ресурса Областного государственного казенного учреждения здравоохранения особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ) за период с 2020 по 2022 года. Для исследования использовались показатели, характеризующие уровень заболеваемости и распространённости изучаемой патологии на территории Старооскольского городского округа и Белгородской области.

При проведении сравнительного анализа показателей заболеваемости острым инфарктом миокарда (по данным сайта медицинского информационно-аналитического центра), отмечается резкий подъем заболеваемости населения острым инфарктом миокарда за период с 2020 по 2022 года на 27 на 100 тыс. населения, что свидетельствует о неблагоприятной эпидемиологической обстановке в данном районе. Исходя из этого, необходимо своевременное проведение профилактики заболеваний кардиологического профиля среди населения Старооскольского городского округа и выявление на этапе диспансеризации нарушений в организме, ведущих к возникновению инфаркта миокарда.

Анализ нозологического состава больных показал, что большинство из пациентов были госпитализированы с сопутствующими заболеваниями.

Среди них первое место заняли, непосредственно пациенты с различными заболеваниями сердечно сосудистой системы (50%). Второе место заняли больные с сахарным диабетом (35%) и другие заболевания составили 15%.

Основными факторами риска развития ИМ выступают у женщин - избыточный вес, а у мужчин курение - которые составили 40%. У мужчин так

же превалировал избыточный вес, и употребление алкоголя, что составило 20%, и 15% - тяжёлый физический труд. У женщин преобладают повышенный уровень холестерина 20%, остальные факторы менее выражены.

На момент нахождения в стационаре кардиологического отделения медицинские сестры разъясняют пациентам те виды профилактики, которые требовали повышенного внимания со стороны больного.

Цель профилактики - предотвратить развитие острой или повторной сердечной катастрофы, минимизировать проявления хронической сердечной недостаточности и исключить возможность летального исхода. Программу «профилактика инфаркта миокарда» можно применять и в одиночку, но значительно большую пользу принесет регулярное наблюдение врача-диспансеризация, когда есть возможность своевременно заметить ухудшение показателей здоровья, и принять адекватные меры.

Первичная профилактика инфаркта миокарда предусматривает: правильное питание, устранение ожирения; активный образ жизни; отказ от курения; отказ от употребления алкоголя; нормализацию уровня артериального давления; предупреждение развития сахарного диабета.

Правильное питание - это соблюдение диеты с низким содержанием холестерина и насыщенных жиров (жирного мяса, рыбы, сливок, сметаны) с целью понижения содержания холестерина в крови, включение в рацион продуктов, богатых клетчаткой и антиоксидантами (овощи, фрукты, зелень, крупы), а также исключение избыточного употребления соли и сахара.

Физическая активность. Прежде чем перейти от сидячего образа жизни к активному, следует проконсультироваться с доктором, так как не все нагрузки могут быть полезны разным пациентам, учитывая состояние их здоровья. Желательно регулярно давать сердцу «разгонять кровь» по 30-40 мин. в день - гимнастика, ходьба, бег, плавание, катание на лыжах. Рекомендуется заниматься упражнениями не реже трех раз в неделю.

Отказ от вредных привычек. Прекращение курения и употребления алкоголя значительно снижают вероятность появления ишемической болезни сердца или осложнения имеющейся ишемической болезнью сердца (ИБС).

Контроль артериального давления. Большая вероятность развития инфаркта у пациентов, имеющих артериальное давление выше 140/90мм рт.ст. Опасность заключается в том, что порой такое давление в начальных стадиях гипертонической болезни может ничем себя не проявлять, и наносить вред организму молча, повреждая мелкие сосуды.

Контроль уровня сахара крови значительно снижает риск заболеваний сердца. Диета с ограниченным потреблением углеводов, переход к активному образу жизни с регулярными физическими нагрузками нормализуют уровень сахара крови.

Необходимость вторичной профилактики возникает при состоявшемся инфаркте и имеет своей целью предупреждение повторения сердечного приступа. Кроме соблюдения принципов первичной профилактики, вторичная предусматривает следующее: проведение стационарного и санаторного лечения инфаркта миокарда для стабилизации повреждений; подбор медикаментозного лечения осложнений - нарушений ритма сердца и сердечной недостаточности; диспансерное наблюдение для коррекции лечения и своевременной помощи при ухудшении состояния.

Школа Здоровья – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Обучение пациентов - важнейший элемент вторичной профилактики осложнений ИБС, в том числе ИМ. Школы способствуют формированию у пациентов адекватных представлений о причинах заболевания и факторах, влияющих на прогноз, значительно повышает приверженность больных и их близких следовать рекомендациям и назначениям врача, позволяет обучить

больных навыкам, помогающим преодолеть сложившиеся негативные для здоровья стереотипы поведения.

Методика обучения пациентов в Школе включает групповое обсуждение большинства проблем, актуальных для больных ИМ, предоставление необходимой медицинской информации, советов и практических рекомендаций в определенном алгоритме обучения. Информация предоставляется в доступной, эмоционально-привлекательной форме, иллюстрируется практическими примерами, что делает ее убедительной и доступной для понимания.

Таким образом, можно утверждать, что сложившаяся ситуация по сердечно-сосудистым заболеваниям требует решения ряда первоочередных проблем, важнейшими из которых является ряд профилактических мероприятий, а так же раннее выявление больных с артериальной гипертонией. Чтобы добиться эффективных результатов, необходимо, прежде всего, сформировать у людей приоритетное отношение к проблеме своего здоровья, информировать население и пропагандировать здоровый образ жизни.

В ходе работы показано, что использование всех методов самоконтроля благотворно влияет на пациентов. При этом среднему медицинскому персоналу следует проводить с пациентом и/или его родственниками беседу о профилактике, причинах заболевания, факторах риска развития осложнений или обострений. Нужно обучить его принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим физической активности.

Список литературы

1. Беленкова, Ю.Н. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание/ Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЕОТАР - Медиа, 2021. – 848с.
2. Козлова, Л.В. Основы реабилитации для мед. коллед.: учеб. пособие / С.А. Козлова. - 2-е изд. – Ростов н/Д.: Феникс, 2018. – 475 с.
3. Фадеев, П.А. Инфаркт миокарда: науч. обзор / П.А. Фадеев. – Санкт-Петербург: Мир и Образование, Оникс, 2017. – 128 с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ И ГЕМОТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Медведева А.Р.

*Научный руководитель – Луханина Е.М., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Кровь – жидкая соединительная ткань, которая течёт по кровеносным сосудам в теле. Она доставляет органам кислород и питательные вещества, а также выводит ненужные продукты обмена из организма [1].

Кровь состоит из четырёх основных компонентов:

- Эритроциты – красные кровяные тельца, в которых содержится особый белок гемоглобин. Он позволяет связывать и переносить молекулы кислорода по кровотоку;
- Лейкоциты – белые кровяные тельца, входящие в состав иммунной системы организма. Их основная задача – поиск и обезвреживание вредоносных молекул и микроорганизмов;
- Тромбоциты – клетки, отвечающие за свёртывание крови. Они активируются при повреждении стенки кровеносного сосуда, слипаются в тромб и закрывают собой образовавшееся отверстие;
- Плазма – жидкая составляющая крови, в которой плавают все кровяные клетки.

С древних времен человеческая раса отождествляла понятия «кровь» и «жизнь». Целители античности нередко обращали свой взор на кровеносную систему человека, считалось даже, что сердце – этоместилище для души.

Кровь связывала поколения, объединяла народы, но между тем, ее возвышенное значение нередко вызывало вражду среди людей, иногда перерастающая сначала в племенные, а затем и расовые войны.

Красоту, талант, умственные способности, до открытия генетики, считались следствием ношения хорошей крови. Единокровный брак скреплял союзы, заключал выгодные экономические контракты, но в то же время вы-

зывал огромное количество генетических мутаций, отрицательно сказывающихся на здоровье и интеллекте будущих наследников. Самой яркой и известной династией, в которой на протяжении десятилетий рождались дети инцеста, пожалуй, можно окрестить династию Габсбургов. Именно от названия данной династии произошло названия для выпячивания нижней губы, образующегося в результате чрезмерного развития нижней челюсти – габсбургская губа [2].

Между тем, ученые всего мира были заинтересованы в том, чтобы научиться спасать людей, путем переливания крови. Поскольку в те времена, исследователи не знали о существовании специфических белков человека и животных, было проведено множество исследований, которые точно бы ужаснули жителей развитой современности.

«В 1667 году переливание крови ягненка человеку закончилось фатально, что послужило основанием для фактического запрета на переливание крови в католических столицах Европы» [3, с. 4].

Перерыв в клинических и экспериментальных исследованиях по проблеме переливания крови составил около 150 лет.

«Доверие к гемотрансфузиям было восстановлено 200 лет назад, когда акушер Джеймс Бланделл (1790–1877 гг.) доложил на заседании лондонского медико-хирургического общества о переливании крови от человека человеку» [3, с. 4].

Подбор доноров до начала 20 века считалось весьма рискованной процедурой. Простой расчет показывал, что без учета совместимости по системе группы крови АВО около половины процедур обречены на неудачу.

«Первая в России монография, посвященная переливанию крови, – «Трактат о переливании крови составленный в историческом, физиологическом и хирургическом отношении» была подготовлена Алексеем Матвеевичем Филомафитским (1807–1849 гг.) – профессором физиологии Московского университета и издана в 1848 году» [3, с. 4].

В конце 19 века, Австралийский ученый Карл Ландштайнер, проводя исследование эритроцитов, обнаружил особые белки, определяющие видовую специфичность клеток. Они получили название антигены. Фактически эти исследования поделили все человечество на 3 группы крови.

Группы крови – это генетически наследуемые признаки, не изменяющиеся в течение жизни при естественных условиях. Группа крови представляет собой определенное сочетание поверхностных антигенов эритроцитов системы АВО.

Четвертая группа была описана в 1902 году учеными Декастелло и Штурли. Совместное открытие ученых получило название системы АВО.

Система групп крови АВО – это система, отражающая наличие или отсутствие антигенов на поверхности эритроцитов и антител в плазме крови.

Систему группы крови АВО составляют два групповых эритроцитарных агглютиногена (А и В) и два соответствующих антитела – агглютинины плазмы альфа (анти-А) и бета (анти-В).

Различные сочетания антигенов и антител образуют 4 группы крови:

- 0(I) – на эритроцитах отсутствуют групповые агглютиногены, в плазме присутствуют агглютинины альфа и бета.
- А(II) – эритроциты содержат только агглютиноген А, в плазме присутствует агглютинин бета;
- В(III) – эритроциты содержат только агглютиноген В, в плазме содержится агглютинин альфа;
- АВ(IV) – на эритроцитах присутствуют антигены А и В, плазма агглютининов не содержит.

Так же существует резус-фактор (D-антиген) – это белок, расположенный на поверхности эритроцитов. Если на эритроцитах содержится резус-фактор, то человек резус-положительный.

Наследование группы крови и резус-фактора происходят независимо друг от друга. Если оба родителя имеют положительный резус, у ребенка будет положительный. Если оба родителя имеют отрицательный ребёнок

наследуется чаще – отрицательный. Если же один из родителей резус-положительный, а другой резус-отрицательный – то вероятность резус-принадлежности малыша определяется 50% на 50%.

В настоящее время, на территории всего земного шара, людей призывают к сдаче донорской крови, донор часто приставляются к государственным наградам, а в некоторых странах, в момент переливания пострадавшим крови определенного человека, ему приходит оповещение о том, что он спас чью-то жизнь. Исследование групп крови родителей также нередко предупреждает развитие резус-конфликта матери и ребенка, а если женщина уже родила одного здорового, ей порекомендуют воздержаться от беременности с резус-конфликтным партнером.

Исследователи прошлого и настоящего по сей день стоят на страже нашего здоровья, совершая исследования и шаг за шагом, увеличивая продолжительность и качество жизни простых людей, что не может не вызывать благодарности и искреннего уважения, в сторону храбрых защитников, стоящих на страже людского здоровья.

Список литературы

1. Группы крови // Служба крови URL: https://yadonor.ru/donorstvo/about_donorstvo/groups/ (дата обращения: 01.03.2024).
2. Донсков Сергей Иванович, Мороков Владимир Аркадьевич Группы крови человека. Руководство по иммуносерологии . – 1 изд. – Москва : Скороходов В. А, 2011. – 1016 с.
3. Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Жибурт Е.Б ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ (К 100-ЛЕТИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ В РОССИИ) // ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА У ПОДРОСТКОВ

Миронова Д.В.

*Научный руководитель – Богатых В.А., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность:

Метаболический синдром - это нарушение обмена веществ, при котором реальный вес на 16% или более высокая нормального. Люди страдающие данным заболеванием имеют больший риск инфаркта миокарда, у них в среднем выше артериальное давление, выше уровень холестерина в крови, выше риск диабета. У людей с избыточной массой тела большая вероятность рака молочных желёз или толстой кишки.

Должно быть ясно, что ожирение в любом возрасте (особенно в подростковом) является серьезным заболеванием. Медицинская статистика показывает, что в начальной стадии метаболического синдрома мало кто обращается к врачу, за выявлением основной причины своих страданий, им лишь нужны различные способы смягчения вторичных эффектов ожирения, они могут включать общий дискомфорт, заболевания печени, головную боль, затрудненное дыхание, лейкемию, и другие симптомы. Люди, которые приходили к врачам за рекомендацией, иногда делали это слишком поздно, когда лекарства уже не могут вылечить серьезное заболевание, а могут облегчить только его часть. Однако обнаружение факторов, влияющих на развитие данного заболевания у подростков, помогли бы остановить его развитие.

Объект исследования: проблема избыточной массы тела среди подростков

Цель исследования: изучение причин ожирения

Задачи:

- Изучить научную литературу по проблеме избыточной массы тела у подростков

- Выявить главные причины ожирения у подростков;
- Сформировать рекомендации;

Причины появления метаболического синдрома

Расстройство пищевого поведения:

- Незнание чувства сытости
- Психологические особенности человека
- Страх не доест что-то

Главной причиной набора лишнего веса служит стресс. Под его действием выделяется большое количество гормонов норэпинефрина, адреналина, кортизола. По окончании стресса адреналин и норэпинефрин достигают нормы, а кортизол превышает её, что и способствует ожирению.

Питание – это основа здоровья человека. Она должна быть разнообразной и приносить различные витамины.

Нельзя также исключать физические нагрузки. Уделяя больше времени движению, можно избежать склонности к полноте.

Дополнительные возможности больше двигаться:

- - замените передвижение на лифте ходьбой по лестнице
- - ходите в магазин пешком
- - беритесь за дополнительную работу по дому

Результаты исследований:

Изучив теоретический материал, был создан опрос, состоящий из 20 вопросов, направленный на выявление наличия МС. Исследование было проведено среди 2-3 курсов. В нём были задействованы 170 студентов медицинского колледжа КГМУ в возрасте от 18 до 19 лет, среди которых 76% респондентов девушки, а 24% юноши. В опросе была представлена формула для расчета индекса массы тела.

Формула для расчета индекса массы тела

$$\text{ВМІ} = m \text{ (кг)} / h^2 \text{ (м)}$$

m – вес в кг

h^2 – рост в метрах возведенный в квадрат

Было выявлено, что у 69% респондентов ВМІ составляет от 21 до 26, что находится в пределах нормы, у 17% от 16 до 21, что свидетельствует о дефиците веса, а 14% имеют избыточный вес при индексе от 26 до 30. Также выявили, что 78% студентов не имеют полезных пищевых привычек. Опрос показал, что стресс оказывает негативное влияние на питание студентов. На вопрос: «Увеличивается ли ваш аппетит в период переживаний?» 63% ответили положительно.

Выводы:

Изучив информацию по избыточной массе тела у подростков было выявлено, что ожирение стало большой проблемой, над которой надо работать. Надо дать понять людям на сколько важную роль в жизни человека играет питание и физическая активность, а ведь это в первую очередь могут сделать родители, став примером для своего ребёнка.

Список литературы

1. Кушнер, Р. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение / Р. Кушнер. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. – 380 с.
2. Колопкова Т.А., Блинова В.В., Скворцов Ю.И., Субботина Вера Григорьевна. Метаболический синдром x пандемия XXI века. М. 2008. — С.130–134.
3. Струева Н.В., Полуэктов М.Г., Савельева Л.В., Мельниченко Г.А. Ожирение и сон. // Ожирение и метаболизм. 2013. № 3. С. 11–18.

САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СЫРОВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В ТОРГОВОЙ СЕТИ Г. СТАРЫЙ ОСКОЛ

Михайлова Е.В.

*Научный руководитель – Устинова О.В., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Актуальность исследования. Анализ качества выпускаемой сыродельной продукции, является немало важным процессом, так как на рынок должна поступать только качественная продукция.

Цель исследования: оценка качества сыра по санитарно-гигиеническим показателям.

Для достижения цели данного исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить нормативную литературу, регламентирующую правила и нормы санитарно-гигиенической оценки сыра.
2. Рассмотреть методы санитарно-гигиенической оценки сыра.
3. Провести санитарно-гигиеническую оценку сыра.

Объект исследования: сыр.

Предмет исследования: методы санитарно-гигиенической оценки сыра.

Сыр – высокопитательный белковый продукт, получаемый из молока путем его свертывания и обработки; он сохраняет все основные питательные вещества молока, за исключением углеводов.

В качестве образцов исследования были выбраны сыры реализуемые в торговой сети г. Старый Оскол и имеющие наибольший спрос у потребителей.

При органолептической оценке сыров последовательно оценивали внешний вид, цвет, форму глазков (при наличии), распределение вкусовых компонентов, консистенцию [1].

Как видно из полученных данных, все исследуемые образцы по внешнему виду, цвету, консистенции, запаху и вкусу соответствуют требованиям

ГОСТ Р 52686-2006. «Сыры. Общие технические условия». В ходе органолептических исследований был выявлен лидер, это образец № 2 (сыр «Тильзитер»), который отличался очень нежной консистенцией, выраженным сырным вкусом, приятным нежным запахом и внешним видом.

Массовую долю влаги в исследуемых образцах осуществляли по ГОСТ 3626-73 «Молоко и молочные продукты. Методы определения влаги и сухого вещества». Метод основан на определении массовой доли влаги и сухого вещества в сыре при высушивании навески исследуемого продукта при постоянной температуре.

Определение массовой доли жира исследуемых образцов определены кислотным методом, основанным на выделении фазы жира под действием серной кислоты и изоамилового спирта. Анализ проводился в специальном молочном жиромере, позволяющим определить объем выделившегося жира по градуировочной шкале. Разделение и идентификацию жировой фазы проводили с применением газового хроматографа с пламенно-ионизационным детектором и капиллярной колонкой [2].

Массовую долю поваренной соли в исследуемых образцах сыра определяли в соответствии ГОСТ 3627-81 «Молочные продукты. Методы определения хлористого натрия».

Для определения массовой доли поваренной соли брали 5 г продукта, помещали в стакан с носиком приливали 50 мл дистиллированной воды, нагретой до 90°C. Продукт хорошо растирали стеклянной палочкой и содержимое стакана переносили в мерную колбу вместимостью 100 мл и доливали дистиллированной водой до метки, хорошо перемешивали и фильтровали через сухой фильтр в чистую, сухую колбу. В коническую колбу пипеткой приливали 50 мл фильтрата, прибавляли 5-8 капель раствора хромовокислого калия и фильтрат титровали раствором азотнокислого серебра до появления слабого кирпично-красного окрашивания [3].

Как видно из полученных данных, наименьшее значение влажности 37,35 % было обнаружено у образца № 3 (сыр «Белорусское золото»), а

наибольшее 43,80 % и 43,75 % соответственно - у образца №2 (сыр «Тильзитер») и у образца №1 (сыр «Голландский брусковый»). По массовой доле соли наибольшее значение 2,0% получилось у образца №1 (сыр «Голландский брусковый»), а наименьшее значение 1,4% - у образца №3 (сыр «Белорусское золото»). Наибольшее содержание жира 45% у образца №2 (сыр «Тильзитер»), а наименьшее 43,3% - у образца №1 (сыр «Голландский брусковый»).

Для микробиологического исследования от взятого образца отвешивали 10 г на стерильной чашке Петри, переносили в стерильную или профламбированную ступку и тщательно растирали с небольшим количеством физиологического раствора. Содержимое ступки перемешивали до получения тонкой суспензии. Суспензию переносили в колбу и закрывали стерильной пробкой. Из первого разведения готовили все последующие разведения.

Количество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, определяли на твердой питательной. Количество выросших колоний подсчитывали на двух чашках. Находили общее количество колоний, выросших на чашках и вычисляли среднеарифметическое

В ходе данного исследования было выявлено небольшое превышение показателей КМАФАнМ в образцах №1 «Голландский брусковой» и №3 «Белорусское золото». Высокое содержание КМАФАнМ свидетельствует о нарушениях в технологии изготовления данного сыра, что ведет к размножению посторонней микрофлоры. Нельзя исключать также и того, что бактерии могли попасть из воздуха, в том числе, и в пунктах реализации товара.

Для определения бактерий группы кишечных палочек использовали жидкую среду Кесслера. Метод основан на способности БГКП сбрасывать в питательной среде лактозу с образованием газа и кислоты при температуре 37°C в течение 24 ч. При снятии результатов просматривали пробирки с посевами визуально определяли наличие/отсутствие газа в поплавках. Во всех пробирках газ отсутствовал

Определяли энтеробактерии на среде Эндо: метод основан на способности ферментирующих лактозу энтеробактерий образовывать на среде Эндо темно-красные колонии с характерным металлическим блеском. Результаты посевов не показали характерных малиновых колоний с металлическим блеском.

Определяли молочнокислые бактерии. Для определения количества лактококков и термофильных молочнокислых стрептококков проводили посев в жидкую питательную среду. Пробирки с посевами инкубировали в течение 72 ч при температуре 37°C. Во время инкубирования образцы, содержащие молочнокислые бактерии, свертываются. Из сгустка готовили микроскопический препарат.

Результаты микроскопии показали наличие *Lactobacillus casei* (сырная палочка) в образце №1 «Голландский брусковой», являющаяся кислотообразующим и протеолитически активным компонентом молочнокислых заквасок. А также *Lactobacillus debrueckii bulgaricus* (болгарская палочка), являющаяся сильным кислотообразующим компонентом молочнокислых заквасок.

Результаты микроскопии образца № 2 «Тильзитер» показали наличие *Lactobacillus debrueckii lactis* (молочная палочка), которая является сильным кислотообразующим компонентом молочнокислых заквасок, способный к кислотообразованию при температурах свыше 50°C. А также *Bifidobacterium*, которые являются антагонистами патогенной микрофлоры и компонентом пробиотических заквасок.

Результаты микроскопии образца №3 «Белорусское золото» показали наличие дрожжей, которые могут быть причиной излишнего газообразования, специфических пороков вкуса и запаха. А также *Clostridium butyricum*. Маслянокислые бактерии могут стать причиной специфических пороков вкуса и запаха, позднего вспучивания сыров.

Результаты микроскопии образца №4 «Light» показали наличие *Lactobacillus acidophilus* (ацидофильная палочка), которая является сильным кислотообразователем, антагонистом патогенной и технически вредной мик-

рофло, компонентом пробиотических заквасок. А также *Lactobacillus helveticus*, являющаяся сильным кислотообразующим компонентом молочно-кислых заквасок.

ВЫВОДЫ:

1. На основании нормативной документации установили качественные и количественные показатели сыров, определили методику анализа этих характеристик.

2. Для проведения экспертизы качества сыров используют органолептический, физико-химический и микробиологический методы исследования согласно нормативно-технической документации.

3. Согласно проведенному санитарно-микробиологическому исследованию, только образцы сыра №1,2,4 установленным требованиям и рекомендуются для реализации потребителю.

Список литературы

1. ГОСТ 32260-2013 «Сыры полутвердые. Технические условия». М.: ФГУП к Стандартформ, 2013. - 23 с.

2. ГОСТ 5867-90 «Молоко и молочные продукты. Методы определения жира».- М.: Стандартинформ. Москва. 2013. –13 с

3. Иванова Е.В. Оценка качества сыров / Е. В. Иванова, Н. В. Романова, Е. В. Балыкина. - Смоленск: ФГБОУ ВО Смоленская государственная сельскохозяйственная академия, 2021. - 45 с.

«СТАБИЛОПЛАТФОРМА» И УМНАЯ ПЕРЧАТКА «АНИКА» КАК СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мишина Н.И.

*Научные руководители - Евдокимова Н.Б., Лыкова О.Н., преподаватели
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Актуальность исследования обусловлена следующей статистикой: на сегодняшний день инвалидность является важной медико-социальной проблемой, которая требует постоянного изучения и внимания специалистов. Проанализировав статистику, мы узнали, что на начало 2024 года в Курской области проживают сто девять тысяч инвалидов старше восемнадцати лет и почти шесть тысяч детей-инвалидов, что составляет 12% от общего числа жителей региона, то есть каждый 12 житель Курской области имеет ту или иную инвалидность. Нас заинтересовали вопросы, как проходят реабилитацию люди с ограниченными возможностями и какие инновации на сегодняшний день существуют в медицине, поэтому считаем актуальность выбранной темы неоспоримой.

Цели исследования: ознакомиться и дать определение понятиям: реабилитация, стабиллоплатформа «Балфит», умная перчатка «АНИКА», привести примеры наиболее интересных инноваций, доказать их необходимость и эффективность использования в реабилитации.

Перед собой мы поставили следующие задачи: изучить источники по данной теме, в практической части составить анкету и провести анкетирование среди ровесников, по результатам сформулировать вывод, посетить реабилитационный центр города Курска и выяснить, применяются ли инновационные методы реабилитации в нашем городе.

Объект исследования: инновационные технологии в реабилитации.

Предмет исследования: стабиллоплатформа (стабилометрия «Балфит»), умная перчатка («АНИКА» – реабилитационная перчатка).

Методы исследования, которые мы использовали, работая над этим проектом: анализ и сбор информации, мониторинг сайтов, статистический метод.

В качестве гипотезы мы выдвинули предположение о том, что инновационные технологии могут быть эффективно использованы для реабилитации людей с ограниченными возможностями.

В теоретической части своего проекта прежде всего мы хотим дать определение понятия *реабилитация*. Изучив множество различных источников, я выбрала наиболее доступное: реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами [2]. Проводя мониторинг сайтов и знакомясь с инновационными технологиями в реабилитации, мы выяснили, что их оказалось огромное количество. Для исследования, мы выбрали наиболее перспективные и, как нам кажется, интересные технологии, которые уже применяются в Курске.

Первая, которую мы рассмотрим, стабиллоплатформа (Стабилометрия «Балфит»). Её назначение – исследование и тестирование функций организма, связанных с поддержанием равновесия. Эта технология прежде всего предназначена для использования пациентами, перенесшими черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника и нижних конечностей, инсульты. При помощи стабиллоплатформы пациенты могут улучшить общее физическое состояние и способность к самостоятельному передвижению. По статистике в структуре общей смертности населения инсульт, как причина смерти, занимает третье место, поэтому реабилитация таких пациентов очень важна.

Мы провели мониторинг медицинских центров в Курске, в которых проводится реабилитация. Их оказалось четыре, в трех из них уже применяется стабиллоплатформа, что говорит о востребованности и эффективности этой технологии при реабилитации пациентов.

Следующая технология – это реабилитационная перчатка «ANIKA». В настоящее время реабилитационная перчатка является инновационным сред-

ством с биологической обратной связью – это система для восстановления недостатка подвижности пальцев и кистей рук. С ее помощью пациенты отрабатывают захваты различных предметов, их удержание и перемещение в пространстве. Назначает данную методику врач невролог или травматолог-ортопед. Количество сеансов зависит от сложности нарушения и определяется после предварительной диагностики у специалиста. Реабилитационный процесс проводится в игровой форме, что помогает пациенту мотивироваться и улучшать процесс восстановления [1]. «АНИКА» является удобной и безопасной в использовании, что позволяет реализовать процесс восстановления даже дома.

В практической части нашего исследования я провела анкетирование среди студентов ОБПОУ «КБМК» 1 курса специальностей «Сестринское дело» и «Акушерское дело» (в сумме 121 человек), используя Гугл-формы.

Первый вопрос, который мы задали: «Знаете ли, вы что такое реабилитация?» 94% респондентов ответили «да», 2% – «не знаю», 4% испытали затруднения в связи с ответом. Мы считаем, что такой высокий показатель положительных ответов достигается за счет того, что опрос был проведен среди студентов медицинского колледжа, и того, что это социальная информация, с которой знаком каждый.

На вопрос «Как вы думаете, какое количество медицинских центров работают в Курске?» подавляющее количество респондентов (79%) ответили «5-8». Такой процент ответивших вызван тем, что «на слуху» находятся самые популярные (Медассист, Эксперт, Живица, Медиас). На самом деле в Курске открыто двадцать медицинских центров. Два из них оказывают стационарную помощь.

При ответе на следующий вопрос («Как вы думаете, какое количество медицинских центров занимаются реабилитацией?») респонденты были некомпетентны. Они предположили, что до 80% медицинских центров города занимаются реабилитацией, но на самом деле пациенты в Курске могут проходить реабилитацию только в четырех реабилитационных центрах.

При ответе на вопрос «Как вы думаете, в нашем городе применяются инновационные виды реабилитации?» К сожалению, 62% опрошенных сказали «нет, не применяются», 7% затруднились ответить, 31% ответили «да», хотя в Курске в трех частных медицинских центрах и БМУ «КОКБ» пациенты уже имеют возможность проходить реабилитацию с элементами инноваций. Такие ответы опрошенных говорят о том, что многие студенты не информированы, поэтому надо создавать рекомендации и знакомить их с этой информацией в рамках курса «Реабилитация» на старших курсах.

Как вы думаете, какова цена одного сеанса инновационной реабилитации? (стабилоплатформа, умная перчатка «ANIKA»), 68% студентов ответили «от 2500 до 5000 рублей», 12% думали, что стоимость сеанса гораздо больше (более 15000). На самом деле стоимость сеанса – 500 рублей. Это говорит о полной неинформированности студентов ОБПОУ «КБМК». Они думают: все, что связано с инновациями и модернизацией в здравоохранении, является дорогостоящим, однако на самом деле эти формы реабилитации уже доступны пациенту.

Как вы думаете, использование инновационных технологий повысит качество медицинской помощи? 89% респондентов думают, что инновационные технологии улучшат качество медицинской помощи. Мы считаем, это связано с тем, что внедрение инновационных технологий в здравоохранение («Электронные истории болезни», «Телемедицина», «Компьютерная диагностика») улучшает качество медицинской помощи, уже сейчас показывая свою эффективность. Таким образом, использование инновационных технологий в реабилитации имеет огромную перспективу.

На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что большинство опрошенных студентов ОБПОУ «КБМК» не проинформированы о современных видах реабилитации, но понимают, что за инновационными технологиями будущее. Эти технология уже применяется в 140 клиниках, включая Центр реабилитации Сеченовского университета, и непосредственно в Курске. Высокотехнологичная медицина стремительно набирает популяр-

ность, улучшая качество оказания помощи людям с ограниченными возможностями, в том числе и при реабилитации.

Список литературы

1. Пономаренко, Г. Н. Медицинская реабилитация / .Н.Пономаренко. - 2-е изд., Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-5945-4. - электронный// URL <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459454.html>

(дата обращения: 26.02.2024)

2. Быковская, Т. Ю. Основы реабилитации: ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе / Т. Ю. Быковская [и др.] ; под ред. Б. В. Кабарухина – Ростов н/Д :Феникс, 2015. – 430, [1] с. – (Среднее медицинское образование). (дата обращения: 17.02.2024)

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ О ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ

Р.А. Монетова

*Научный руководитель - Е.М.Шевцова, преподаватель
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Сахарный диабет (СД) является актуальной медико-социальной проблемой для большинства стран мира. Частота возникновения этого заболевания значительно превысила ожидаемые параметры и на данный момент заболеваемость СД характеризуется Международной диабетической федерацией как эпидемия. По данным экспертной оценки количество больных СД к 2025 году увеличится до 380 млн [1]. Около 90–95% составляют пациенты с СД 2 типа. Еще больше пациентов (308 млн) имеют ранние нарушения углеводного обмена при этом эксперты говорят о том, что количество невыявленного СД может превышать зарегистрированный уровень в 2–3 раза [2,3].

В связи с этим целью нашего исследования является оценка уровня информированности пациентов с СД 2 типа о профилактике его осложнений.

Исследование проводилось на базе поликлиники № 1 ОБУЗ "КГБ №1" города Курска, в котором приняли участие 25 пациентов, имеющие диагноз сахарный диабет 2 типа, из них 12 мужчин и 13 женщин в возрасте от 45 до 87 лет.

В ходе опроса было установлено, что 8% респондентов имеют стаж заболевания менее 10 лет, 17% - 11-20 лет, 8% - 21-30 лет, остальные 67% имеют стаж 30 лет и более

На вопрос «Знаете ли Вы причины развития сахарного диабета 2 типа?» 34% указали на наследственность, 63% на переедание, 27% на влияние стресса, 21% указали на ожирение, 18% - малоподвижный образ жизни и только 7% - проблемы с поджелудочной железой.

Результаты анкетирования показали, что 58% респондентов имеют осложнения сахарного диабета. Все пациенты, принявшие участие в исследовании

вании, знают, что для стойкой компенсации сахарного диабета и профилактики его осложнений большое значение имеет самоконтроль уровня глюкозы крови в течение дня. У 75% респондентов дома имеются глюкометры для измерения уровня глюкозы в крови. Более трех раз в день контролируют уровень глюкозы крови 10% респондентов, три раза в день - 25% , один раз в день -20%, один раз в несколько дней -35% , один раз в неделю-10%. В ходе исследования установлено, что большинство (71%) пациентов ведут дневник самоконтроля, 29% ответили отрицательно.

Тип сахарного диабета, от которого страдает человек, не имеет значения. Если не вести правильный образ жизни, не соблюдать меры предосторожности и не проводить профилактику, то осложнения не заставят себя ждать. Соблюдение диеты является важным звеном компенсации заболевания. Однако наше исследование показало, что строго соблюдают назначенную диету только 28% пациентов, частично - 32%, а 40 % вообще ее не соблюдают, их можно отнести к группе риска по развитию осложнений сахарного диабета и они требуют пристального внимания со стороны медицинских работников. На вопрос «Соблюдаете ли Вы режим двигательной активности» 60% ответили утвердительно, 27% - не занимаются физическими упражнениями, 15% занимаются изредка.

Диабетическая стопа – одно из самых грозных осложнений при сахарном диабете, поэтому пациентам был задан вопрос: «Ознакомлены ли Вы с правилами ухода за ногами?» Большая часть опрошенных пациентов (55 %) ответили отрицательно.

Одним из важных аспектов анкетирования стало умение пациентов и их родственников оказывать доврачебные мероприятия при появлении неотложных состояний. Результаты показали, что 64% пациентов и их родственники умеют проводить данные мероприятия, а 36% не владеют необходимыми знаниями.

На вопрос «Достаточно ли Вам информации от медицинского персонала о своем заболевании?» 67% пациентов ответили положительно, 19% – не

удовлетворены тем объемом информации, который получают от медицинских работников, 7% – затруднились с ответом.

Все 100% пациентов единогласно подтвердили, что хотят повысить свои знания по профилактике и снижению риска возникновения осложнений сахарного диабета.

Пациентам был предложен список тем по вопросам профилактики осложнений СД, заданием было выбрать наиболее интересующую их тему. 18% респондентов интересуются профилактикой диабетической ретинопатии, нефропатии и нейропатии; еще 27% пациентов заинтересовались профилактикой неотложных состояний (гипо- и гипергликемическая комы); оставшиеся 55% - профилактикой диабетической стопы.

Таким образом, наше исследование показало что пациенты не получают исчерпывающей информации о профилактике осложнений сахарного диабета, хотя готовы к обучению и хотят в нем участвовать. Все это говорит о больших возможностях профилактической работы по данному направлению, которые необходимо реализовать в будущем.

Список литературы:

1. Верткин, А.Л. Сахарный диабет / А. Л. Верткин.- М.: ЭКСМО-Пресс, 2015.- 160 с. - ISBN 978-5-6064-1565-7. - Текст : непосредственный.
2. Дедов, И.И. Сахарный диабет: патогенез, классификация, диагностика и лечение. / И. И. Дедов, М. Ш. Балаболкин - М.: Медицина, 2012. - 170 с. - ISBN 978-5-8064-1465-7. - Текст : непосредственный.
3. Дедов, И. И. Эпидемиология. Сахарный диабет./ И. И. Дедов, М. В. Шестакова, О. К. Викулова - М.: Медицина, 2015. № 3. – 165 с. - ISBN 978-5-58064-635-3. - Текст : непосредственный.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА В СТАРООСКОЛЬСКОМ ГОРОДСКОМ ОКРУГЕ. ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Натарова А.С.

*Научный руководитель - Сурова О.И., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Состояние догоспитального этапа медицинской помощи на данный момент - проблема национальной безопасности России. Рациональная организация мероприятий по снижению летальности при внегоспитальной остановке сердца (кровообращения) требует ясного понимания особенностей функционирования системы догоспитальной помощи в случаях внегоспитальной остановки кровообращения (сердца).

Актуальность. Внегоспитальная остановка сердца (ВГОС) характеризуется высокой частотой встречаемости и низкой вероятностью благоприятного исхода. Выживаемость при ВГОС, как правило, не превышает 8%, и при отсутствии своевременного вмешательства шансы на восстановление жизни с каждой минутой снижаются на 7–10%. Вместе с тем, в большинстве случаев ВГОС развивается при свидетелях, и немедленное начало реанимационных мероприятий лицами, присутствующими при остановке сердца, увеличивает вероятность выживания в 2–3 раза.

Целью настоящего исследования является анализ процесса оказания догоспитальной помощи при внегоспитальной остановке сердца (ВГОС) в Старооскольском городском округе и определение приоритетных мероприятий, направленных на повышение её эффективности и снижение летальности.

Задачи исследования:

1. Проанализировать процесс и эффективность оказания догоспитальной помощи при ВГОС в Старооскольском городском округе.

1. Определить приоритетные мероприятия, направленные на повышение ее эффективности и снижение летальности.

В ходе исследовательской работы выполнен ретроспективный анализ данных, статистических отчетов ОГБУЗ «ССМП г. Старого Оскола за 2020-2022 года, включающих оказание скорой медицинской помощи (СМП) в случаях ВГОС. Количество летальных исходов до приезда СМП в 2020 году зарегистрировано 1624, что составило 95% от всех зарегистрированных СМП, в 2021 – 1723 – 97% и в 2022 – 1977 – 95%.

По данным отчетов деятельности СМП частота случаев внегоспитальной остановки кровообращения, сопровождавшихся вызовами скорой медицинской помощи, составили 773 случая на 100 тысяч населения, что сопоставимо с данными по Российской Федерации. Реанимационная помощь проводилась в 37% случаев ВГОС. Оказывалась помощь очевидцами до приезда СМП только в 14% случаев. Эффективная реанимационная помощь сотрудниками СМП составила 5,8 %, что объясняется поздно начатой реанимацией из-за отсутствия СЛР, как этапа оказания первой помощи очевидцами и другими лицами.

Согласно концепции «формулы выживания», эффективное обучение навыкам СЛР является одним из ключевых факторов, определяющих выживаемость при ВГОС, что в настоящее время выделяет подготовку неспециалистов, как основную образовательную задачу. Поэтому в ходе исследования был проведен опрос репрезентативной выборки взрослого населения Старооскольского городского округа в количестве 200 человек, в ходе которого оценивалось предшествующее обучение СЛР. Всем респондентам была разъяснена цель исследования, от каждого было получено устное согласие на участие. Опросный лист был разработан с учетом Российского опыта аналогичных исследований.

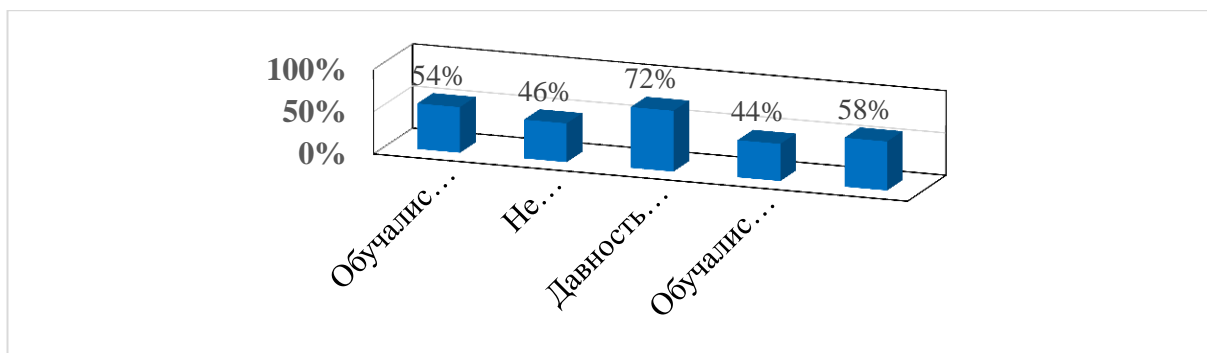


Рисунок 2. Оценка предшествующего обучения респондентов СЛР (%)

Было выявлено в ходе опроса, что обучались всего 54% респондентов. Вообще никогда не обучались соответственно 46%. Давность обучения больше года имела у 72% респондентов, однократно обучались 44% опрошенных и желают пройти обучение 78% респондентов.

Также в процессе опроса было выяснено, где проходили обучение респонденты, которые вошли в группу «обучавшихся», всего таких респондентов было 108 человек.

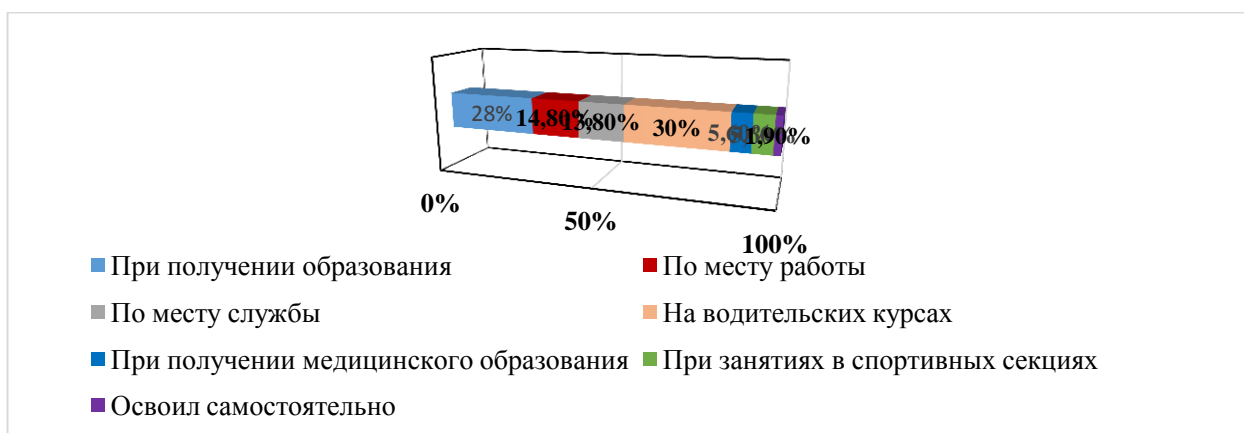


Рисунок 3. Место прохождения обучения СЛР респондентами (%).

Навыки проведения сердечно- легочной реанимации 28% респондентов освоили при получении образования, а это - школа, СПО или ВУЗ. Во время обучения на водительских курсах получили навыки СЛР 30%, по месту работы обучались 14,8% опрошенных, по месту службы в армии соответственно -13,8%, при получении медицинского образования и на занятиях в спортивных секциях обучались по 5,6% респондентов и освоили самостоятельно -1,9% респондентов.

В ходе опроса респондентов о готовности проводить СЛР близкому и незнакомому человеку были получены следующие результаты:



Рисунок 4. Готовность респондентов проводить СЛР (%).

Абсолютно точно будут проводить СЛР близкому человеку ответили 75% респондентов, незнакомому только 32%. Таким образом, опрос показал низкий уровень готовности потенциальных очевидцев среди населения нашего округа к оказанию реанимационной помощи, особенно в случае необходимости оказания помощи незнакомому человеку. Проведение СЛР очевидцами важнейший этап в спасении жизни человека. Нами было выявлено при опросе у респондентов, какие препятствия влияют, по их мнению, на решение о проведении СЛР близкому и незнакомому для них человеку.

Препятствием для проведения СЛР 35,8% респондентов назвали боязнь причинить вред пострадавшему при реанимации близких людей и 39,2% при реанимации незнакомца. Наибольшее количество опрошенных - 35,8% указали, что препятствием для проведения СЛР близким людям является недостаток знаний и навыков и 46,2% респондентов назвали эту причину, как препятствие для СЛР незнакомца.

Полученные, в ходе исследования результаты, свидетельствуют о высокой частоте встречаемости внегоспитальной остановки сердца в Старооскольском городском округе (773 на 100 тысяч населения) и высокой летальности при внегоспитальной остановки сердца (успешная СЛР – 5,8%)

за счет выпадения этапа первой помощи до приезда скорой помощи (14% свидетелей проводили СЛР). По данным исследования, только 54% респондентов обучались, и очень низкое число потенциальных свидетелей готовы к проведению сердечно-легочной реанимации, 58% опрошенных хотят обучиться СЛР.

Полученные данные являются важным сигналом, свидетельствующим о чрезвычайной серьезности проблемы внегоспитальной остановки кровообращения и необходимости принятия срочных мер, направленных на организацию оказания первой помощи до оказания медицинской помощи. Повышение уровня обучения населения СЛР в Старооскольском городском округе позволит каждый год сохранять десятки тысяч жизней.

Список литературы

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ.
2. Дежурный Л.И., Шойгу Ю.С., Гуменюк С.А., Неудахин Г.В., Закурдаева А.Ю., Колодкин А.А. и др. Первая помощь: учебное пособие для лиц, обязанных и (или) имеющих право оказывать первую помощь. Москва: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2018. 97 с.
3. Биркун А.А., Дежурный Л.И. Нормативно-правовое регулирование оказания первой помощи и обучения оказанию первой помощи при внегоспитальной остановке сердца. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2021;10(1):141-152. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-1-141-152>
4. https://allfirstaid.ru/system/files/umk/Osnovi_podgotovki.ppt

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА

Овчаренко В.И.

*Научный руководитель – Артищева Е.С., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В настоящее время, такое заболевание как инсульт, сопровождающееся острым нарушением мозгового кровообращения, является одним из главных медико-социальных проблем в развитых странах мира, ведущий к высокой смертности населения.

Инсульт является вторым по распространенности среди болезней сердечно-сосудистой системы после инфаркта миокарда. Причем у мужчин он встречается в 1,25 раза чаще, чем у женщин [4].

По данным всемирной организации здравоохранения инсульт можно предотвратить в 80% случаев, изменив образ жизни человека. В коррекции образа жизни пациентов, особую роль отводят медицинской сестре. Ведь именно средний медицинский персонал рассказывает пациентам о важности профилактических мероприятий в борьбе с неинфекционными заболеваниями. Именно профилактика снижает риск возникновения инсультов среди населения [2,3].

Профилактика инсульта представляет собой комплекс мероприятий, направленных на выявление и корректировку факторов риска развития болезни.

Профилактика подразделяется на первичную и вторичную. Первичная профилактика направлена на предотвращение развития инсульта.

Первичная профилактика включает в себя мероприятия, проводимые среди здорового населения – популяционная стратегия и людей, находящихся в зоне риска развития заболевания – стратегия высокого риска [1].

Вторичная профилактика инсульта направлена на пациентов, перенесших транзиторную ишемическую атаку и инсульт. При проведении профилактических мероприятий необходимо учитывать факторы риска для каждого

больного, главными из которых является артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, а также результаты дополнительного обследования, полученные при диспансеризации [1].

Для изучения роли среднего медицинского персонала в профилактике инсульта было организовано исследование на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», которое заключалось в проведении анкетирования среди пациентов. Опросник включал в себя 16 вопросов.

Из полученных данных нами были сделаны следующие выводы:

- 72% опрошенных составили женщины;
- наибольшая часть респондентов, а именно 67% были в возрасте от 40 до 59 лет;
- 100% опрошенных знают о заболевании – инсульт.
- основными источниками информирования об инсульте является медицинский персонал (44%) и интернет (31%);
- 64% респондентов имеют генетическую предрасположенность;
- 72% опрошенных знают о симптомах, которые могут свидетельствовать о возникновении инсульта;
- только 26% от общего числа опрошенных указали все признаки начинающего инсульта;
- 38% респондентов указали, что смогут оказать помощь человеку, у которого внезапно возник инсульт;
- 47% опрошенных знают об осложнениях, которые могут возникать после перенесенного инсульта;
- 54% респондентов иногда придерживаются здорового образа жизни;
- большинство респондентов имеют вредные привычки такие как курение табачных изделий и злоупотребление алкоголем 62% и 23% соответственно;
- 68% опрошенных информированы медицинской сестрой о факторах развития инсульта;

- 87% респондентов знают о мерах профилактики, которые необходимо соблюдать для предотвращения инсульта;

- 82% опрошенных указали, что медицинская сестра объясняла важность профилактики инсульта и объясняла, как её проводить;

- 87% респондентов оценили работу медицинской сестры на «Отлично» (54%) и «Хорошо» (33%).

Проанализировав результаты анкетирования, медицинской сестре по вопросам профилактики развития инсульта рекомендуется:

- объяснять о важности контролирования и поддержания нормального веса тела;

- рекомендовать не злоупотреблять алкоголем и отказаться от курения;

- объяснять пользу и значимость умеренных физических нагрузок;

- рекомендовать сбалансированно питаться и сократить количество потребляемой соли;

- объяснять важность контроля артериального давления, уровня глюкозы и холестерина в крови;

- объяснять важность соблюдения режима сна и бодрствования.

Пациент перенесший инсульт, может снова подвергнуться риску заболевания в течение первых двух лет, если не проводить профилактические мероприятия. Поэтому медицинская сестра должна:

- вовлекать пациента и его родственников в школу гипертонии и инсульта;

- объяснять важность проведения лечебной гимнастики после инсульта;

- рекомендовать посещать логопедические занятия для восстановления речи;

- объяснять родственникам о важности каждодневных бесед с пациентом.

Средний медицинский персонал не только участвует в реабилитации пациента, в восстановлении утраченных функций, но и осуществляет уход за больным, тем самым помогая улучшить качество жизни. Поэтому медсестра

является неотъемлемым участником в жизни пациента на момент болезни и восстановления.

Список литературы

1. Виноградов, О.И. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: инфаркта миокарда, инсульта, сердечно-сосудистой смерти [Текст] / О.И. Виноградов, Е.Д. Карташева. – Москва: Авторский тираж, 2017. – 200 с.
2. Осложнения и последствия инсультов: диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции [Текст] / под ред. Г.Я. Юнгехюльзинга, М. Эндреса. – Москва: МЕДпресс-информ, 2017. – 264 с.
3. Хасанова, Д.Р. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации [Текст] / под ред. Д.Р. Хасановой, В.И. Данилова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с.
4. Широков, Е.А. Инсульт, инфаркт, внезапная смерть. Теория сосудистых катастроф [Текст] / Е.А. Широков. – Москва: Кворум, 2010. – 244 с.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

*Огурцова А.В.
Научный руководитель – Артищева Е.С., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Медицинская профилактика – одно из ведущих направлений здравоохранения, включающее комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление.

Профилактика подразделяется на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика – система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний:

- Вакцинация.
- Рациональный режим труда и отдыха.
- Рациональное качественное питание.
- Физическая активность.
- Охрана окружающей среды и т.п.

Вторичная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация, которая включает комплекс мероприятий:

- Раннее выявление заболеваний.
- Динамическое наблюдение.
- Направленное лечение.
- Рациональное последовательное оздоровление [3].

Профилактическая деятельность медицинского работника является важнейшим компонентом общественного здравоохранения и играет решающую роль в поддержании здоровья населения. Медицинские работники находятся на передовой линии профилактических усилий, выполняя различные задачи, направленные на предотвращение болезней и улучшение общего состояния здоровья.

Профилактика заболеваний имеет многочисленные преимущества для отдельных лиц и общества в целом. Она помогает:

- Уменьшить заболеваемость и смертность от хронических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак и диабет.
- Улучшить общее состояние здоровья и качество жизни.
- Снизить расходы на здравоохранение путем предотвращения дорогостоящих вмешательств и лечения.
- Продлить продолжительность жизни за счет снижения риска преждевременной смерти.

Основные направления профилактической работы с населением:

Информирование и просвещение. Предоставление населению информации о здоровье, факторах риска и здоровом образе жизни. Это может осуществляться через СМИ, образовательные программы, информационные кампании и т.д.

Консультирование и поддержка. Индивидуальные или групповые консультации, направленные на изменение поведения и принятие здоровых привычек. Фельдшеры, медсестры и другие специалисты в области здравоохранения могут предоставлять консультации по вопросам питания, физической активности, отказа от курения и т.д. Медицинские работники проводят образовательные программы, направленные на повышение осведомленности о факторах риска и здоровом поведении.

Скрининг и раннее выявление заболеваний. Проведение скрининг-тестов на различные заболевания, такие как рак, сердечно-сосудистые забо-

левания и диабет. Раннее выявление позволяет начать лечение на ранних стадиях, когда оно наиболее эффективно.

Вакцинация. Проведение вакцинации населения против различных инфекционных заболеваний, таких как грипп, корь, дифтерия и столбняк. Вакцинация является одним из наиболее эффективных способов предотвращения распространения инфекционных заболеваний и снижения заболеваемости и смертности [1].

Создание благоприятной среды. Содействие созданию среды, которая поддерживает здоровый образ жизни. Это включает в себя обеспечение доступа к здоровой пище, безопасным местам для физической активности и чистой окружающей среде.

Профилактическая деятельность медицинского работника имеет решающее значение для улучшения здоровья населения. Благодаря профилактической работе с населением, через различные направления, повышаются знания о профилактике различных заболеваний. Медицинские работники используют различные стратегии для предотвращения заболеваний, включая профилактические осмотры, консультирование по образу жизни, вакцинацию и образование в области здравоохранения.

Инвестиции в профилактическую деятельность, совместная работа с общественными организациями, использование технологий и устранение неравенства в области здравоохранения могут привести к существенному улучшению здоровья населения, снижению затрат на здравоохранение и продлению продолжительности жизни [2].

Список литературы

1. Миняев В.А. Профилактическая медицина: учебник / В.А. Миняев, Н.И. Вишнякова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 634 с.
2. Лисицын Ю.П. Профилактическая медицина: учебник / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 512 с.

3. Демидова О.В. Профилактическая деятельность медицинского работника: учебное пособие / под ред. О.В. Демидовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 768 с.

ОТ ОТЛИЧНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ШКОЛЫ К БИЗНЕСУ

Огорокова Д.А.

*Научный руководитель - Сорокина Т.И., преподаватель
ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет"
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

В процессе подготовки будущих фармацевтов важны не только теоретические знания, но и пример уже состоявшихся и внесших особый вклад в профессию выпускников колледжа. В связи с этим студенты нашего колледжа ведут поисково-исследовательскую работу по различным направлениям: история колледжа, фармацевтические династии – выпускники колледжа, выпускники колледжа в фармацевтическом бизнесе и др.

Цель и актуальность темы нашего исследования позволяют проследить глубокую связь между отличной профессиональной школой и становлением высококвалифицированных специалистов-фармацевтов, на примере выпускников Курского медико-фармацевтического колледжа КГМУ.

Выпускницей фармацевтического училища Татьяной Викторовной Гариной 7 октября 1997г. была основана аптечная сеть «Здоровье», которая на сегодня составляет 22 аптечных учреждения в городе Курске и области. С момента основания аптеки «Здоровье» нацелены на привлечение максимально широкого круга покупателей, и определяющими здесь являются вопросы цены и качества. Они гарантируют подлинность и качество всех представленных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. А главной задачей является внимательное и заботливое обслуживание каждого клиента, бесперебойное и качественное обеспечение населения медикаментами и изделиями медицинского назначения по доступным ценам. В аптеках

проводятся различные акции, например традиционным стало проведения дня диабетика, в течении которого можно приобрести всю продукцию по специальным ценам и бесплатно измерить уровень сахара в крови. Татьяна Гаранина говорит, что желание заботиться о каждом клиенте идет из стен колледжа, где преподаватели доходили до каждого, кропотливо и упорно лепили специалиста - профессионала и человека, в этом с ней солидарна Васькова Светлана Ивановна, выпускница фармацевтического училища, окончила его в 1989г.

Светлана Ивановна основала аптечную сеть «Богатырь» в 2001г. По словам Светланы Ивановны главным девизом является бережное отношение к каждому клиенту. – «Мы стараемся делать нашу площадку как можно более комфортной, полезной и доступной для своих посетителей».

Елена Анатольевна Сидорова – основатель аптечной сети «Гарант», свою первую аптеку открыла 20 октября 1999г. Окончила фармацевтическое училище с красным дипломом в 1986г. и сразу поступила на фармацевтический факультет в КГМУ. Она отмечает, что во время обучения в училище студентам сразу прививали чувство ответственности за свои действия, например, первую контрольную по технологии изготовления лекарственных форм 28 человек из 30 написали на два. Преподаватель Вишневская Т. А. объясняла студентам: «У нас так: дозу неправильно рассчитал – пациент умер. Либо «пять», либо «два»». «Это была отличная школа. Мы, провизоры старой школы, настолько привыкли все перепроверять по три раза. Я всегда учу молодых специалистов: «Взяла – посмотрела, положила – посмотрела, отдала - произнесла». - иначе никак, ведь много созвучных препаратов. Подай не то, а на кону человеческая жизнь. «Креон» и «Клион» - абсолютно разные вещи, но созвучные. Так что правильно нас учили: Вишневская Т. А., Кутепова Л. С., Баранова Н. С., этому же я стараюсь учить своих сотрудников».

Аптека проводит множество акций и праздников: «Счастливый чек», "9 Мая поздравление ветеранов", 1 июня "День Защиты детей", акции для поку-

пателей к 8 Марта, Новогодний праздник для детей города, например, накануне Нового года, при покупке детских витаминов, аптека дарила приглашенный билет на спектакль кукольного театра. По случаю Дня медицинского работника - награждение лучшего в профессии, «Ведь жизнь в аптеке-это не только работа – мы любим и умеем отдыхать».

У «Гаранта» много идей, что и как продавать, и всегда это делается хорошо, безопасно и надежно. «Чтобы в аптеку было приятно заходить, мы стараемся создать помещение, в которое хочется возвращаться. И дизайн, и атмосфера должны быть соответствующими (нейромаркетинг)».

«Гарант» стали победителями всероссийской премии в области фармацевтического маркетинга «Рецепт года», категория «Товар лицом», номинация «Маркетинг современной аптеки», на областном конкурсе аптечная сеть получила признание как «Лидер малого и среднего бизнеса Курской области». Всегда нужно двигаться вперед, учиться, не останавливаться на достигнутом. Это и есть формула успеха «Гаранта», этому меня научили давно в фармацевтическом училище".

Бондарькова (Приходько) Лариса Ивановна и Калашникова (Грачёва) Зинаида Ильинична в 1995г. вместе организовали свое дело ООО «Панацея» (Белгородская обл. г.Бирюч), но они выпускницы разных лет: Лариса Ивановна закончила фармацевтическое училище в 1986г., а Зинаида Ильинична в 1970 г.

Лариса Ивановна говорит: «Вот уже много лет существует наша аптека. Может, мы и не первые на рынке (в наше время огромное развитие получили сетевые аптеки), но, тем не менее, именно к нам идут люди за советом, помощью и информацией о новых препаратах, об эффективности лекарственных средств, выпускаемых разными производителями, так как мы следим за последними тенденциями развития рынка, новыми внедрениями, исследованиями». Главный девиз Ларисы Ивановны - "мы всегда готовы и хотим учиться". «Время не стоит на месте, все очень быстро меняется, особенно сейчас. И мне хочется сказать сегодняшним студентам: Будьте современны-

ми, прогрессивными, умными, с честью носите звание «выпускник Курского фармацевтического колледжа», отличавшегося во все времена сильным преподавательским составом и умением воспитывать достойных специалистов».

Голубева Елена Михайловна окончила медико-фармацевтический колледж в 2010г. После заочно окончила Курский Государственный Медицинский Университет в 2016г.

Елена Михайловна вспоминает: "Когда я выбрала себе профессию и хорошо подумала «чего я хочу?» - поняла, я хочу помогать людям, приносить пользу и заботиться о них. Поэтому, я выбрала фармацию. А колледж дал мне хорошую базу знаний, я очень благодарна своим преподавателям. Знания и навыки, полученные при обучении в колледже, очень помогли при обучении в университете". После окончания колледжа Елена Михайловна уехала работать в Москву, параллельно учась заочно на провизора. Начинала карьеру с должности фармацевта, затем стала администратором (заместитель заведующей). Сегодня Елена Михайловна занимает должность управляющей аптечными учреждениями в аптечной сети Аве.

Аптечная сеть Аве — это современные аптеки, которые обеспечивают население Москвы и Московской области качественной продукцией в области здоровья и красоты.

Елена Михайловна говорит: "Я считаю, что каждый человек должен ставить перед собой цель и стремиться к её достижению. Нужно не бояться рисковать, пробовать что-то новое, а не сидеть на одном месте. Основные качества, которыми должен обладать фармацевт/провизор: профессионализм, общительность, ответственность, терпеливость, порядочность, коммуникабельность, честность, аккуратность, доброжелательность, вежливость и воспитанность. А самое главное качество на мой взгляд - это обучаемость, все это дает колледж, а после и институт".

Чернышова Галина Ивановна из колледжа выпустилась в 1977г. Устроилась работать в государственную аптеку, позже стала ее руководителем. Галина Ивановна рассказывает: "В работе возникали трудности в связи с

высокими требованиями к знаниям и владению профессиональными навыками. Обучение в КМФК стало стартовой площадкой в карьере руководителя, колледж научил меня всему". Галина Ивановна, выбирая сотрудников, обращает внимание на записи в трудовой книжке, в управлении ставку делает на «достижение наилучшего». Считает, для того чтобы в аптеку было приятно заходить, специалисты должны иметь высокий уровень квалификации и высокий уровень коммуникаций, этому Галину Ивановну научил колледж, а она учит своих сотрудников.

Курдюмова Татьяна Ивановна окончила колледж в 1982 году. В настоящее время является руководителем производственной аптеки в г.Железногорске. Татьяна Ивановна считает, что колледж дал ей «серьезные и основательные» знания, необходимые для работы фармацевта. К трудностям она относится без лишних эмоций: считает, что в работе, как и в жизни, без них никуда и с ними надо справляться. При выборе сотрудников в первую очередь обращает внимание на внешний вид и речь человека. При работе с посетителями считает неотъемлемыми такие факторы как: опрятность работников, чистота торгового зала, внимание и желание помочь людям.

В заключении хочется сказать, что главное в профессии фармацевта - это забота о ближнем, милосердие, готовность прийти на помощь, уважение и взаимная поддержка. Все это студенты получают в стенах колледжа и должны использовать в своей будущей профессии, исполнять свой профессиональный долг, яркий тому пример биографии и судьбы наших выпускников, в том числе тех, о которых было рассказано.

Список литературы:

1. Катрен стиль фарма. - 3(126) март 2014. - С. 66-74.
2. Новая аптека. - 2009. - №10. - С. 12-15., Новая аптека. - 2017. - №11. - С.10.
3. Сайт Аптечнойсети "Богатырь" <https://apteka.ru/kursk/apteki/bogatyr/>

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Олефирова М. В.

*Научный руководитель - Кудренко А.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Около 5-10% людей, прошедших курс химиотерапии, имеют несколько взаимосвязанных функциональных расстройств на физическом, эмоциональном, психосоциальном и/или социальном уровне в результате рака или его лечения. У этой группы людей ожидается длительный процесс выздоровления или неполное выздоровление, поэтому просто необходим восстановительный период, поддерживающая терапия и соответствующий уход для полного выздоровления организма. Реабилитация часто занимает минимум 6 месяцев, а иногда и несколько лет [2, с.213].

Цель работы: проанализировать деятельность медицинской сестры в реабилитации пациентов после химиотерапии.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический обзор особенностей химиотерапии.
2. Рассмотреть принципы реабилитации после химиотерапии.
3. Дать оценку качеству реабилитационных мероприятий после химиотерапии, осуществляемых медицинскими сестрами.
4. Разработать рекомендации по улучшению аппетита для пациентов.

Объект исследования: химиотерапия.

Предмет исследования: реабилитация пациентов после химиотерапии.

В химиотерапии различают три фазы, через которые проходит пациент.

1. Фаза индукции: интенсивная химиотерапия до тех пор, пока опухоль не регрессирует.
2. Фаза консолидации: химиотерапия в сниженных дозах для стабилизации регресса опухоли.

3. Поддерживающая фаза: небольшая агрессивная терапия, проводимая в течение длительного периода времени для предотвращения возобновления роста опухоли [4, с.167].

Целью онкологической реабилитации является восстановление здоровья, активности и работоспособности пациента. Благодаря целенаправленным терапевтическим мерам удастся добиться устойчивого улучшения качества жизни, особенно в психосоциальной сфере [3, с.217].

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в период с января по февраль 2024 года в виде анонимного анкетирования.

Согласно представленной ниже диаграмме (Рис. 1), 50% респондентов прошли курс химиотерапии, в то время как у 27% было проведено хирургическое лечение. Кроме того, 17% пациентов проходили лучевую терапию, а 6% пациентов выбрали другой вариант ответа.

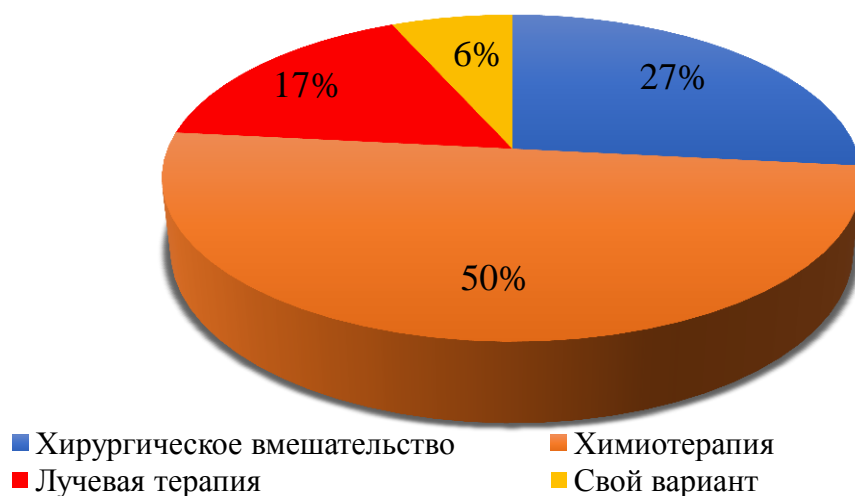


Рис. 1. Метод лечения

Проанализировав данные диаграммы (Рис.), нами выяснено, что для 53% пациентов даны рекомендации о методах борьбы с чувством страха и тревоги, однако их пугает адаптация к новым условиям жизни, 13% пациентов не получали никаких рекомендаций, и лишь 34% смогли в незначительной степени рассеять тревожные мысли после рекомендаций медицинских сестер.



Рис. 2. Рекомендации о методах борьбы с чувством тревоги и страха

Правильное питание после химиотерапии играет важную роль в процессе восстановления пациента. Химиотерапия может вызвать ряд побочных эффектов, таких как тошнота, рвота, снижение аппетита и проблемы с пищеварением. В связи с этим, подбор правильного рациона становится крайне важным для поддержания сил и улучшения качества жизни пациента [1, с.58].

Медицинская сестра предоставила информацию о кратности приема, обработке и объеме пищи для 83% респондентов и их близких (Рис. 3). Однако 10% пациентов указали на недостаточность полученной информации, а 7% вообще не получили никаких сведений от медицинской сестры.



Рис. 3. Информирование о поддержании диеты

Медицинская сестра играет важную роль в реабилитационных меро-

приятных после химиотерапии, обеспечивая поддержку и помощь пациентам на всех этапах реабилитации и сотрудничая с другими членами медицинской команды. Они регулярно оценивают физическое, психологическое и социальное состояние пациента, чтобы определить индивидуальные потребности и планировать соответствующую реабилитацию [1, с.58]. После химиотерапии пациенты могут столкнуться с различными побочными эффектами, такими как усталость, боли, тошнота и потеря аппетита, и медицинские сестры помогают управлять этими симптомами, предоставляя уход и рекомендации по смягчению дискомфорта.

Рекомендации по улучшению аппетита для пациентов:

- 1) Белки. После химиотерапии организм нуждается в большем количестве белка для восстановления клеток.
- 2) Маленькие приемы пищи. Вместо трех больших приемов пищи в день, можно пробовать есть маленькие порции 5-6 раз в день.
- 3) Легкопереваримые продукты.
- 4) Питьевой режим. Употребление достаточного количества воды важно для общего состояния и улучшения переваривания пищи.
- 5) Физическая активность. Небольшое количество физической активности может помочь стимулировать аппетит.
- 6) Приятная обстановка. Это поможет создать положительное отношение к еде.
- 7) Не принуждайте себя к еде. Если нет аппетита, не принуждайте себя к еде. Психологическая поддержка. Психологическая поддержка от профессионалов или близких может помочь восстановить аппетит.

Нами было проведено исследование, были проанкетированы пациенты и сделаны соответствующие выводы. Цель, поставленную в исследовании, можно считать достигнутой. Достижение цели стало возможным благодаря решению всех задач:

1. Проведен теоретический обзор особенностей химиотерапии.

2. Дана оценка качеству реабилитационных мероприятий после химиотерапии, осуществляемых медицинскими сестрами.

3. Разработаны рекомендации по улучшению аппетита для пациентов.

Список литературы

1. Бесова, Н.С. Пособие по онкологии для медицинских сестер [Электронный ресурс] / В.А. Горбунова, Н.С. Бесова, В.В. Бредер, В.В. Брюзгин и др.; Под ред. В.А. Горбуновой - Москва: Литтерра, 2019. - 504 с. (Серия «Практические руководства») - ISBN 978-5-98216-085-0. – Режим доступа: <https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785982160850.html>.

2. Вязьмитин, А.В. Сестринский уход в хирургии: МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Электронный ресурс] / Вязьмитина А.В., Кабарухин А.Б.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д: Феникс, 2020. - 540 с. - ISBN 978-5-222-26474-4. – Режим доступа: <https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222264744.html>.

3. Епифанов, В.А. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией: в 2 ч. Ч. II [Электронный ресурс] / Епифанов В.А., Корчажкина Н.Б., Епифанов А.В. [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-4947-9. – Режим доступа: <https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449479.html>.

4. Островская, И.В. Организация специализированного сестринского ухода. Практикум: учебное пособие [Электронный ресурс] / под ред. И.В. Островской. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-6858-6. – Режим доступа: <https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468586.html>.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Осипова С.А.

Научный руководитель – Литвиненко Л.К., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород

Гастрит – это общее название группы острых и хронических заболеваний, сопровождающихся воспалительными процессами слизистой оболочки желудка. Гастрит является одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. В развитии заболевания играют роль различные неблагоприятные факторы, рассмотрим основные из них.

Спровоцировать заболевание могут бактериальные, вирусные и грибковые инфекции. Частой причиной гастрита является воздействие инфекционного агента *Helicobacter pylori* [2]. Острый гастрит могут вызывать также кишечная, стафилококковая и стрептококковая инфекции. Наличие в организме очагов хронической инфекции, например хронического тонзиллита, кариеса и т.д., также может привести к возникновению гастрита. Иногда болезнь может развиваться на фоне таких заболеваний как сифилис, туберкулез, кандидоз, однако это случается довольно редко.

Интоксикация организма, отравление сульфатами, щелочными средствами, солями тяжелых металлов и другими химическими веществами также может стать причиной развития острого гастрита.

Причиной развития заболевания могут стать и высокий уровень стресса, злоупотребление медицинскими препаратами, в том числе – негормональными противовоспалительными средствами, а также нарушение обмена веществ в организме.

Однако наиболее распространенной причиной развития гастрита является неправильное питание. Неправильно выстроенный или нерегулярный рацион, злоупотребление острой, жирной пищей, употребление пищи с избытком специй, рафинированных продуктов, а также недостаточное потреб-

ление растительной клетчатки, витаминов и других нутриентов, необходимых организму – все это может вызвать воспаление слизистой оболочки желудка и привести к развитию гастрита.

В зависимости от течения гастрит можно разделить на острый и хронический. Хронический гастрит – самое распространенное заболевание желудочно-кишечного тракта в детском возрасте с частотой 300-400 на 1000 детского населения, при этом изолированные поражения не превышают 10-15% [5].

Гастрит у детей обычно вызывается нерациональным питанием. Плохо пережеванная пища быстрого приготовления нарушает целостность слизистой оболочки желудка. Рациональное питание детей и подростков является одним из важнейших условий, обеспечивающих их гармоничный рост, своевременное созревание морфологических структур и функций различных органов и тканей, устойчивость организма к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов.

Цель сестринского процесса при лечении детей, страдающих хроническим гастритом – предупредить, облегчить, уменьшить и свести до минимума проблемы и трудности, возникающие у ребенка. При этом большое значение отводится соблюдению плана лечения и диеты. Перед медицинской сестрой стоят следующие задачи по составлению лечебного питания детей:

- сопоставлять энергетическую ценность суточного рациона с энергетическими затратами ребенка;
- контролировать сбалансированность рациона, лечебное питание ребенка должно быть максимально разнообразным и обеспечивать потребность ребенка в питательных веществах, включая белки, аминокислоты, пищевые жиры и жирные кислоты, витамины, минеральные соли, микроэлементы и т.д.;
- уделять внимание сохранению высоких вкусовых качеств и внутренней питательной ценности продуктов в процессе технической и кулинарной обработки;

- учитывать индивидуальные особенности детей (диетические потребности, пищевая аллергия и т.д.);

- обеспечивать санитарно-гигиеническую безопасность питания, включая соблюдение гигиенических требований, связанных с соответствием пищеблока, поставляемых ингредиентов и продуктов гигиеническим требованиям к качеству и безопасности пищевых продуктов [1].

У детей с гастритом особый режим питания, который несколько отличается от взрослого. Детское меню должно быть особенно тщательно спланировано. При приготовлении еды рекомендуется ограничивать использование пищевых добавок, соли и сахара настолько, насколько это возможно [3]. Рацион следует делать максимально разнообразным, включая как животные, так и растительные продукты, чтобы обеспечить организм ребенка всеми необходимыми питательными веществами. В период обострений у детей между приступами рекомендуется придерживаться более умеренной диеты, соблюдая ее строго ограниченное время, не более 3-4 дней, а при назначении коллоидного тринитрата висмута показана безмолочная диета, как и при заболеваниях кишечника.

Чаще всего при хроническом гастрите у детей рекомендуется придерживаться схемы питания №1, 1а, 1б. Стол №1 подразумевает умеренно щадящую схему питания, которой больные придерживаются в период ремиссии. Ее отличительной особенностью считается возможность включения в рацион вкусных и питательных блюд: творожные запеканки; некоторые кондитерские и мучные изделия; грибы; свежие ягоды. Главной целью является восстановление функционирования двенадцатиперстной кишки и желудка [4].

В периоды обострения и стихания заболевания рекомендуется применять высокощадящие варианты диеты №1: лечебный стол №1а – в период обострения, и №1б – в период стихания хронического гастрита [4]. Эти диеты обладают низкой энергетической ценностью, являются дефицитными по содержанию основных пищевых веществ и нутриентов, поэтому сегодня все чаще рекомендуется резко ограничивать сроки их соблюдения и как можно

раньше переводить больных на варианты диеты №1, энергетическая ценность и химический состав которой соответствуют физиологической норме.

Таким образом, организация лечебного питания детей, страдающих хроническим гастритом – одно из важнейших условий выздоровления, профилактики рецидивов и осложнений, поэтому особое внимание медицинской сестры должно уделяться грамотному составлению лечебной диеты детей.

Список литературы

1. Исканова, Г.Х. Принципы рационального диспансерного наблюдения детей школьного возраста с хроническим гастритом [Текст] / Г.Х. Исканова, Г.К. Календерова, Ф.Ф. Холтаева // Re-health journal. – 2021. – №2 (10). – 153-159.

2. Клинические варианты хронического гастрита в детском возрасте [Текст] / Е.М. Спивак, О.М. Манякина, И.С. Аккуратова-Максимова [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2021. – №6. – С. 35-42.

3. Некоторые аспекты формирования рационов питания детей разных возрастных групп [Текст] / Ю.В. Черненко, О.И. Гуменюк, И.А. Глушаков [и др.] // РМЖ. Мать и дитя. – 2023. – №2. – С. 169-174.

4. Семенова, Н.Н. Лечебное питание детей при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н.Н. Семенова, Т.Э. Боровик, Л.И. Дмитриенко // Медицинский Совет. – 2007. – №3. – 64-70.

5. Современные представления о хроническом гастрите у детей [Текст] / С.Ю. Урозалиев, О.Х. Иргашев, Т.Р. Абдурасулова [и др.] // Наука и технология в современном мире. – 2022. – №1(6). – С. 91-93.

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ

Остищева К.Е.

*Научный руководитель - Шенцева И.Н, преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ» г. Белгород*

Онкологические заболевания - это большая группа патологий, которая сопровождается образованием доброкачественных и злокачественных опухолей. Раковые клетки быстро делятся, даже несмотря на нехватку им питательных веществ или места. Они имеют отличающуюся от здоровых клеток форму и быстро распространяются по организму.

Доброкачественные опухоли растут медленно и не распространяются по организму, в то время как злокачественные опухоли растут быстро и могут распространяться по всему организму.

Злокачественные опухоли являются второй по популярности причиной смерти в России. Порядка четырех миллионов граждан страдают онкологическими заболеваниями, при этом ежегодно число новых случаев, благодаря современной диагностике, составляет шестьсот тысяч.

Рак является злокачественным, так как может быть: локально распространенным; метастатическим, отправляя раковые клетки в другие ткани. Метастазы могут образовываться на значительном расстоянии от первичного новообразования.

Причины возникновения онкологических заболеваний могут быть разнообразны, но все они приводят к возникновению мутаций в клетках, которые в последствие приводят к их бесконтрольному размножению.

«К факторам, повышающим риск развития онкологии относят: курение (32%), ожирение (20%), патогены (16%), малоподвижный образ жизни (5%), несбалансированное питание (5%), неблагоприятные условия (5%), алкоголь (3%), репродуктивные факторы (3%), загрязненность окружающей среды (3%), другие факторы (3%)» [3, с 248].

Одним из методов лечения онкологических заболеваний является химиотерапия. Основная её цель заключается в полном уничтожении раковых клеток при минимальном воздействии на организм пациента.

Химиотерапия оказывает токсичное влияние на организм человека, а также на все происходящие в нем процессы.

Именно поэтому важную часть при прохождении лечения занимает контроль питания человека.

Благодаря длительному опыту работы с пациентами, средний медицинский персонал имеет возможность разъяснить особенности диеты при проведении химиотерапии.

Обучение правильному питанию существенно повышает качество жизни и определяет эффективность лекарственных средств в процессе лечения.

Большинство пациентов, после проведения разъяснительных бесед, которые проводит медицинский персонал, понимают важность соблюдения диеты и придерживаются ее (Рис.1).



Рис.1. Соблюдение диеты

Пациенты реагируют на лечение по-разному, но около 98% сталкиваются с проблемами желудочно-кишечного тракта. Преимущества правильного питания включают в себя сохранение аппетита, устранение частых приступов тошноты, повышение общей устойчивости организма, нормализацию работы кишечника и желудка, а также поддержание

позитивного психоэмоционального состояния. Пациенты, соблюдающие диету, отмечают уменьшение приступов тошноты (Рис. 2).

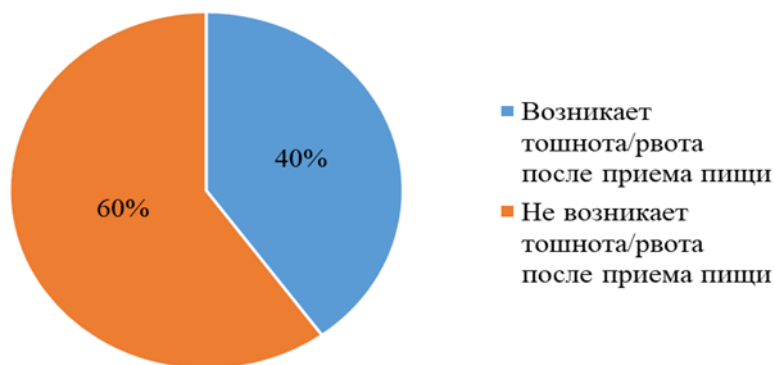


Рис. 2. Частота диспепсических расстройств

Важную роль в профилактике тошноты и рвоты играет правильное питание. Для поддержания сил, предотвращения потери веса онкологическим пациентам необходима питательная пища. Правильно составленный рацион поможет противостоять инфекциям и ускорить выздоровление.

Медицинская сестра дает советы по питанию пациентам для того, чтобы они могли избежать побочных эффектов химиотерапии.

В ходе анкетирования было выявлено, что наибольшее количество респондентов (44%) принимают пищу с нейтральным запахом и вкусом, 13% - пьют воду мелкими глотками, 21% - исключили жирные, жареные блюда, 22% - исключили молочные блюда.

Медицинский персонал проводит беседу среди пациентов и обозначает рекомендованные продукты питания во время химиотерапии, к ним относятся: мясо птицы (курица, индейка), детские мясные пюре, яйца; белая рыба (судак, ледяная рыба, треска, тилапия); овсяная, гречневая, пшеничная каши, приготовленные в скороварке, в течение 60 минут; компоты, кисели из яблок, груш – термическая обработка в духовке; растительное пастеризованное масло можно добавлять в пищу до начала термической обработки; конфитюр, джем без ягод с косточками, детское печенье.

Рекомендованный объем потребляемой жидкости сохраняется - не менее 2 литров в сутки, сюда относят очищенную воду, соки натуральные, морсы, компоты.

Пациенты, находящиеся на лечении в стационаре, получают информацию от медицинских работников и о продуктах, которые не рекомендуется употреблять при химиотерапии, к запрещенным продуктам питания относятся:

- морепродукты, копчености, солености, баранина;
- горох, фасоль; хлеб, бисквиты, чипсы, мюсли, кукурузные хлопья;
- хлеб, бисквиты, чипсы, мюсли, кукурузные хлопья;
- сливочное масло, твердые сыры, сыры с плесенью;
- горячие напитки;
- специи, маринады, кетчуп, аджика, майонез, фаст фуд.

Наибольшее количество пациентов знают, какие продукты необходимо употреблять во время приема цитостатических препаратов, а от каких воздержаться, и они уверены, что дальнейшее употребление разрешенных продуктов в рационе ускорит процесс восстановления организма (Рис.3).

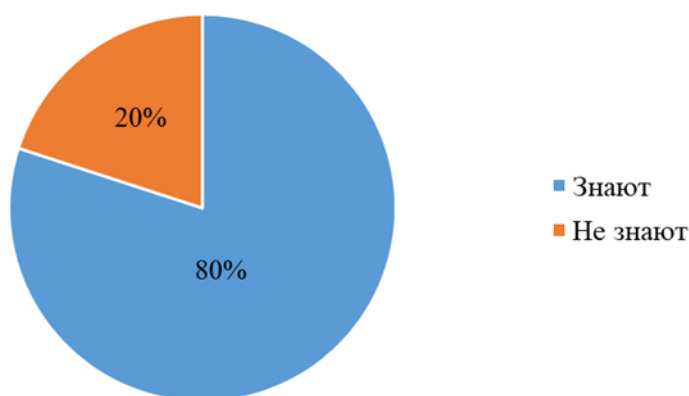


Рис.3. Употребление необходимых продуктов

Поскольку химиотерапия оказывает отрицательное воздействие на организм в целом, то для его нормального функционирования и предупреждения развития осложнений значимую роль составляет диетотерапия.

Медицинский персонал активно принимает участие в проведении работы по вопросам соблюдения принципов диетотерапии для пациентов, а пациенты, в свою очередь активно соблюдают рекомендации и назначения медицинских работников по вопросам питания.

Из представленной выше диаграммы, мы видим, что 20% пациентов, ответили, что не знают, какие продукты необходимо употреблять, поэтому, мы можем рекомендовать медицинским сестрам, которые участвуют в лечебном процессе, более подробно доносить информацию пациентам о значении соблюдения диеты во время и после прохождения курса химиотерапии.

Список литературы

1. Онкология [Текст]: учебник / под ред. Ш. Х. Ганцева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 704 с.
2. Островская, И. В. Организация специализированного сестринского ухода. Практикум [Текст]: учебное пособие / под ред. И. В. Островской. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 544 с.
3. Угляница, К.Н. Общая онкология [Текст]: учебное пособие / К. Н. Угляница – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2019. – 323 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ МАРГАРИНОВ И СПРЕДОВ, ПРОИЗВОДИМЫХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Павлова Э.А.

Научные руководители – Передкова Н.Л., Ермолаева Е.А., преподаватели учреждения образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П.Антонова», г. Витебск, Республика Беларусь

Аннотация.

В статье представлены теоретические аспекты и практические результаты исследования потребительских свойств маргаринов и спредов, производимых в Республике Беларусь, приведены результаты социального опроса на тему «Ваше отношение к использованию в пищу спреда и маргарина».

В учреждении образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И. П. Антонова» в 2022 – 2023 учебном году в рамках молодежных проектов по вопросам здорового образа жизни проводилась учебно-исследовательская работа на тему «Исследование потребительских свойств маргаринов и спредов, производимых в Республике Беларусь».

Данная тема была выбрана в связи с тем, что в последние годы масложировые продукты стали базовыми товарами в структуре питания населения. На современном этапе характерно увеличение потребления жиров в составе кондитерских и хлебобулочных изделий, фастфудов и полуфабрикатов, при производстве которых широко используются маргарины и спреды[1].

В настоящее время во всем мире наблюдается тенденция выпуска новых видов масложировых продуктов с повышенной биологической ценностью[3]. Однако, на сегодняшний день спреды не пользуются широкой популярностью в Республике Беларусь, так как население в своем большинстве незнакомо с их свойствами. Зачастую потребитель не понимает разницы между маргарином и спредом. Это обусловило актуальность проведения сравнительной характеристики потребительских свойств маргаринов и спредов с последующим информированием учащихся УО «Витебский государ-

ственный медицинский колледж имени академика И.П.Антонова» о пищевой и биологической ценности данных продуктов (далее-ВГМК).

Целью настоящей работы является изучение и сравнение потребительских свойств маргаринов и спредов, представленных на рынке Республики Беларусь.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Проанализировать литературу по проблеме изучения потребительских свойств маргаринов и спредов.
2. Ознакомиться с ассортиментом маргаринов и спредов, выпускаемых в Республике Беларусь.
3. Исследовать потребительские свойства маргаринов и спредов, выпускаемых отечественными производителями и провести сравнительную характеристику.
4. Разработать анкету «Ваше отношение к использованию в пищу спреда и маргарина» и провести социологический опрос среди учащихся ВГМК.
5. Составить рекомендации по употреблению маргаринов и спредов.

Объект исследования: маргарины и спреды.

Предмет исследования: потребительские свойства маргаринов и спредов.

Методы исследования:

теоретический- анализ научной литературы; анализ отечественного рынка производства маргаринов и спредов;

эмпирический - анкетирование;

лабораторный -микробиологический, микроскопический, органолептический, титриметрический, газовой хроматографии;

метод статистической обработки результатов- количественный и качественный анализ, полученный в ходе исследования результатов.

При проведении учебно-исследовательской работы была изучена общая характеристика маргаринов и спредов, использование процессов гид-

рогенизации и переэтерификации при их производстве, недостатки масло-жировой продукции (содержание трансизомеров жирных кислот) и преимущества (содержание полиненасыщенных жирных кислот, низкое содержание холестерина, дополнительное насыщение витаминами).

Было установлено, что спред более приближен по своему химическому составу к сливочному маслу. Маргарин, как низкопробный суррогат масла, стоит употреблять в пищу лишь в переработанном виде, используя его в кулинарии. В противном случае, уровень холестерина в организме человека будет расти, провоцируя тем самым развитие сосудистых заболеваний. Спред можно использовать для приготовления бутербродов. Многие производители изготавливают продукт по технологии переэтерификации, способствующей его обогащению положительными полиненасыщенными жирными кислотами, такими как Омега-6. Данное вещество нормализует деятельность сердечно-сосудистой системы и снижает уровень холестерина[7].

При проведении лабораторных испытаний образцов проб маргариновой продукции и спредов, произведенных в Республике Беларусь, открытым акционерным обществом «Минский маргариновый завод», были исследованы:

- органолептические показатели: вкус, запах, консистенция, внешний вид, цвет;

- показатели окислительной порчи: кислотность жировой фазы и перекисное число продукции без высокотемпературной обработки и после нагревания при температуре + 2000С в течение 60 минут;

- микробиологические показатели: количество мезофильных аэробных и факультативно анаэробных микроорганизмов, бактерии группы кишечной палочки, золотистый стафилококк, дрожжи, плесени.

Полученные показатели соответствовали требованиям технических нормативных правовых актов[5], [6]. В ходе проведения учебно-исследовательской работы была разработана анкета «Ваше отношение к использованию в пищу спреда и маргарина» и проведен социологический

опрос среди учащихся отделений «Медико-диагностическое дело» и «Медико-профилактическое дело». В исследовании приняло участие 108 респондентов.

Проведенное нами исследование с целью изучения мотивации молодых людей к ведению здорового образа жизни и их информированности о составе таких продуктов как маргарин и спред показало, что только 60,2% опрошенных поддерживают здоровый образ жизни, 39,8% отрицают данный факт.

Среди респондентов информированы о таком продукте питания как маргарин - 95,3%, спред - 48,2%. Каждый седьмой полагает, что нет разницы между маргарином и спредом, а 60,2% опрошенных не смогли ответить на вопрос, какой из продуктов более полезен.

Только 23,1% респондентов покупают эти продукты в торговой сети с целью добавки в кондитерские изделия при выпечке, использования для жарки и приготовления бутербродов.

Реже одного раза в неделю респонденты употребляют пирожные и торты с использованием сливочно-растительного спреда (91,6%), фастфуды (78,7%), чипсы (76,0%).

Ежедневно употребляют шоколад и конфеты с различными начинками (недорогие по цене) - 8,3%.

Покупая данные кондитерские изделия, только 34,3% молодых людей обращают внимание на их состав. Респонденты осведомлены о продуктах, в состав которых входят маргарины (27,8%), а спреды (12,9%) от общего количества участников опроса.

Ответы на вопрос о вреде, причиняемом здоровью при частом употреблении данных продуктов, распределились следующим образом: считают, что они наносят вред - 38,0%, что их никогда не употребляли - 13,9% (хотя отметили в анкете факт употребления кондитерских изделий и фастфудов), 38,9% не смогли дать ответ на данный вопрос, и только 9,2% считают их полезными для здоровья. 62,9% респондентов согласны с мнением, что маргарины и

спреды содержат в своем составе трансизомеры жирных кислот, которые оказывают на организм неблагоприятное воздействие (64,8%) и способствуют нарушению обмена холестерина (50,0%).

С накоплением «плохого» холестерина в организме возрастает риск возникновения: ишемической болезни сердца (61,1%), атеросклероза коронарных сосудов (58,3%), инсульта (55,5%), инфаркта миокарда (52,8%).

Изучение также показало, что 41,7% молодых людей информацию о пользе или вреде маргарина и спреда получают в основном от друзей, родственников, знакомых, а также из научно-популярной и специальной литературы (33,3%). Наименьшее влияние на покупку и потребление маргаринов, спредов оказывает реклама, только 11,1% рассматривают рекламу с удовольствием.

На основании социологического опроса можно сделать вывод о недостаточной осведомленности учащихся о пищевой и биологической ценности спреда, вместе с тем, многие респонденты знакомы с неблагоприятным воздействием на организм трансизомеров жирных кислот масложировой продукции. Маргарины и спреды употребляются в основном с кондитерской и кулинарной продукцией, причем далеко не все учащиеся обращают внимание на ее состав, кратность употребления.

С целью информирования учащихся колледжа были разработаны рекомендации по употреблению спреда и маргарина и проведено мероприятие по гигиеническому воспитанию «Здоровое питание» в учебных группах на кураторских часах.

Список литературы

1. Голубева В.С. Опыт разработки масложировых продуктов для функционального питания / В.С. Голубева, В.Н. Бабодей, О.С. Воронцова, О.Н. Тимофеева // Пищевая промышленность: наука и технологии. – 2009.- № 2(4). – С. 37-41

2. Зайцева Л.В. Транс-изомеры – чума XXI века – Масла и жиры №4, 2012. – 14-16с.

3. Лисицын А.Н., Григорьева В.Н. Современные требования к масло-жировым продуктам «Масложировая индустрия-2011»: материалы международной научно-практической конференции, 26-27 октября 2011 г.-СПб., 2011 – С. 6-11

4. Нечаев А.П. Ключевые тенденции в производстве масложировой промышленности / А.П. Нечаев // Продукты и прибыль. – 2011.- №2. – С.6-9

5. СТБ 2016-2009 "Продукция масложировая пищевая. Маргарины и спреды. Общие технические условия".

6. Технический регламент на масложировую продукцию ТР ТС 024/2011.

7. Тутельян В.А., Нечаев А.П., Кочеткова А.А. Функциональные жировые продукты в структуре питания //Масложировая промышленность.2009. №6. - С. 6–9.

ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Павлова А.И., Петренко В.А.
Научный руководитель - Белоусова О.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Актуальность темы «Пропаганда здорового образа жизни» обуславливается: изменением образа жизни современного человека, созданием новых технологий, ухудшением экологической обстановки.

Здоровый образ жизни является основой для достижения целей, для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности.

Задачи:

- изучить понятие здорового образа жизни;
- узнать факторы, влияющие на здоровье;
- рассмотреть советы ведения здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) - это образ жизни человека, направленный на предупреждение возникновения и развития неинфекционных заболеваний и характеризующийся исключением или сокращением действия поведенческих факторов риска, к числу которых относятся употребление табака, вредное потребление алкоголя, нерациональное питание, отсутствие физической активности, а также неадаптивное преодоление стрессов. Здоровье населения - это проблема, прежде всего, социально - экономическая. Она затрагивает все аспекты и сферы человеческой жизни и деятельности [2].

Проведен опрос студентов о ведении здорового образа жизни [2].

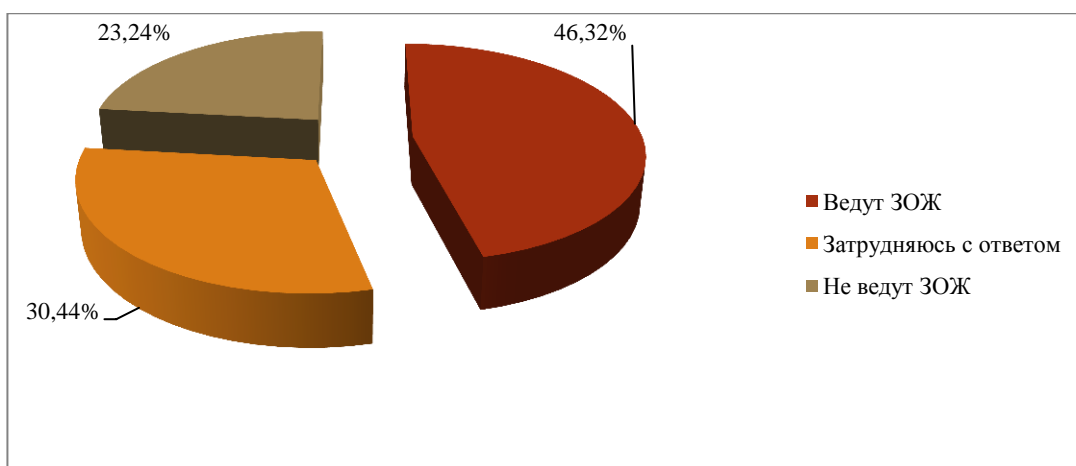


Рис. 1. Сегментация ответов о ведении здорового образа жизни, %

Установлено, ведут здоровый образ жизни 46,32%, затруднились с ответом – 30,44%, не ведут ЗОЖ – 23,24%.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) предложено очень точное определение понятия «здоровье». Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков. Используя определение ВОЗ, можно выделить следующие составляющие:

1. физическое благополучие – отсутствие патологических изменений в организме при наличии способностей и возможностей человека к хорошей адаптации к изменяющимся условиям среды;
2. психическое благополучие подразумевают достаточную психоэмоциональную устойчивость в стрессовых ситуациях;
3. социальное благополучие – это умение человека достигать созидательных результатов в окружающей его социальной среде [3].

Но на здоровье человека могут влиять самые разные факторы, как положительные, так и отрицательные.

К положительным можно отнести:

- соблюдение режима дня,
- рациональное питание,
- закаливание,

- занятия физической культурой и спортом,
- хорошие взаимоотношения с окружающими людьми.

К отрицательным относятся:

- курение,
- употребление алкоголя, наркотиков,
- эмоциональная и психическая напряженность при общении с окружающими,
- неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания [4].

Изучены факторы, влияющие на здоровье [2].

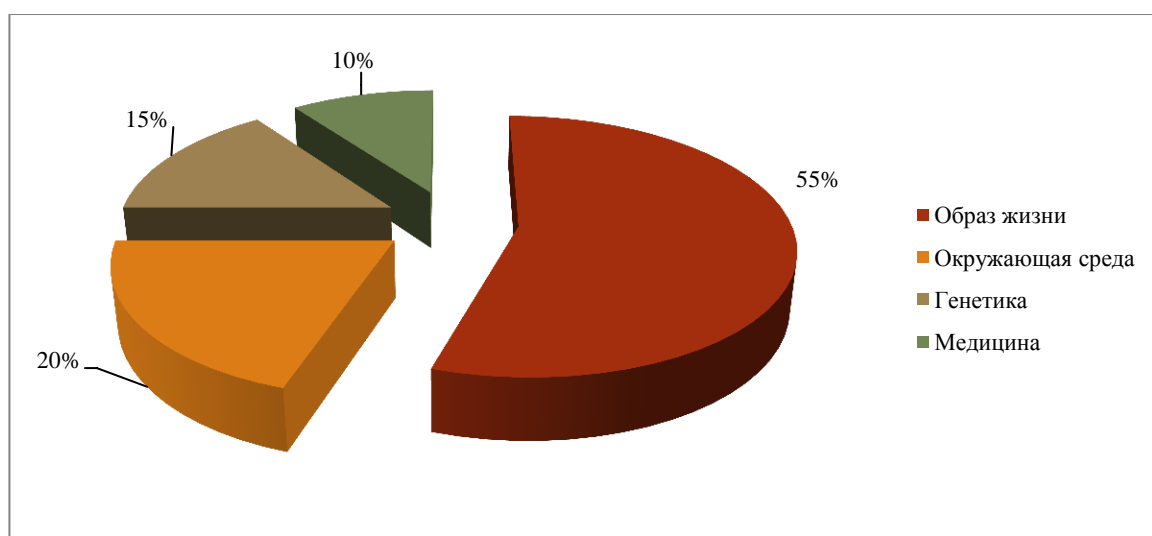


Рис. 2. Градация ответов о ведении здорового образа жизни, %

Выяснено, что образ жизни влияет на здоровье в 55% случаев, окружающая среда – 20%, генетика – 15%, медицина – 10%.

Среди молодежи увеличивается распространение табакокурения и инфекций, зависимость от психоактивных веществ и алкоголя. Уровень здоровья значительно снижается. Согласно ВОЗ, здоровье на 50% зависит от образа жизни. Поэтому пропаганда здорового образа жизни является важной государственной задачей.

Под пропагандой здорового образа жизни понимают широкий спектр деятельности - от просветительских и выездных программ работы с населением до использования средств массовой информации – деятельности,

направленной на то, чтобы люди более ответственно относились к своему здоровью и располагали необходимой информацией для его сохранения и укрепления.

Глобальной задачей общества является внедрение в образовательные стандарты как можно больше направлений, связанных со здоровым образом жизни. Необходима, прежде всего, адекватная работа с семьями с целью борьбы с вредными привычками: курением и алкоголизмом. Ребенок с детства должен ценить свое здоровье и следовать нормам ЗОЖ. Благодаря здоровому образу жизни каждый человек имеет большие возможности для укрепления и поддержания своего здоровья, для сохранения трудоспособности, физической активности [3].

В заключении хочется отметить, что здоровый образ жизни играет огромную роль для каждого. Он способствует снижению количества рецидивов хронических заболеваний, повышению выносливости, улучшению внешнего вида, нормализации веса, снижению частоты заболеваний ОРВИ, укреплению организма в целом.

Таким образом, изучено понятие здорового образа жизни. Выяснено, что ЗОЖ - это образ жизни человека, направленный на предупреждение возникновения и развития неинфекционных заболеваний и характеризующийся исключением или сокращением действия поведенческих факторов риска. Выявлены факторы, влияющие на здоровье. Они могут быть как положительные, так и отрицательные. Рассмотрены советы ведения здорового образа жизни. Так как ЗОЖ ведут 46,32%, для остальных сформирована листовка - напоминка для ведения здорового образа жизни.

Список литературы

1. Приказ МЗ РФ от 15.01.2020 №8.
2. Воротилкина, И. М. Современные тренды здорового образа жизни студентов / И. М. Воротилкина, Н. Г. Баженова, Р. И. Баженов // Мир науки. Социология, филология, культурология. — 2022. — Т. 13. — № 4.— URL: <https://sfk-mn.ru/PDF/59SCSK422.pdf> DOI: 10.15862/59SCSK422/

3. Общие представления о здоровье // <https://shum-mmc.med.cap.ru/shkoli-zdorovjya/gastro-shkola/zdorovje-cheloveka-i-okruzhayuschaya-sreda/obschee-predstavlenie-o-zdorovje> (дата обращения: 10.03.2024).

4. Элементы ЗОЖ // <http://ocozsrostov.ru/article/elementy-zdorovogo-obraza-zhizni> (дата обращения 10.03.2024).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ФРУКТОВЫХ СОКОВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В ТОРГОВОЙ СЕТИ Г. СТАРЫЙ ОСКОЛ

Пенькова К.А.

*Научный руководитель – Устинова О.В., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Актуальность исследования. Очень важно следить за качеством фруктовых соков и знать правила хранения этого товара, чтобы все важные физиологические активные вещества и внешний вид сока был в неизменном состоянии со времени приемки товара для обеспечения реализации до потребителя без угрозы для его жизни и здоровья, а также отсутствием претензий в адрес торговой компании.

Цель исследования: проведение сравнительной оценки качества фруктовых соков.

Для достижения цели данного исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить нормативную литературу по теме исследования.
2. Рассмотреть методы санитарно-микробиологического исследования фруктовых соков.
3. Провести санитарно-микробиологическую оценку качества фруктовых соков.

Объект исследования: фруктовые соки.

Предмет исследования: методы санитарно-микробиологических исследований фруктовых соков.

Соки представляют собой плодово-ягодные и овощные напитки, которые получают из свежих плодов, ягод и овощей.

В качестве образцов исследования были выбраны фруктовые соки реализуемые в торговой сети г. Старый Оскол и имеющие наибольший спрос у потребителей.

При анализе маркировки исследуемых соков выявлено, что все образцы соков содержат полную информацию, соответствующую требованиям ГОСТ 52184-2003 «Соки фруктовые прямого отжима. Технические условия».

Все исследуемые образцы упакованы в картонную асептическую коробку (Tetra Brick Aseptic). Все упаковки красочно оформлены, не имеют повреждений. Маркировка исследуемых образцов яблочного сока нанесена на каждую единицу потребительской тары типографским способом.

При проведении органолептической оценки качества соков можно сделать вывод о том, что показатели внешнего вида, вкуса и аромата, цвета всех образцов полностью соответствуют ГОСТ.

Из анализируемых соков по органолептическим показателям лидирует «Любимый» этот сок обладает следующими характеристиками: прозрачный, интенсивно желтый, с яблочным ароматом, вкус густой, сладкий, во рту остается приятный вкус яблока. Далее следуют соки «Сады Придонья»: желтый прозрачный сок, имеет выраженный запах яблок, вкус слабовыраженный, гармоничный по содержанию кислот и сахаров и «Дары Кубани» сок натурального цвета, хорошо выражен аромат яблок, слабо выражен яблочный вкус. Низкую оценку получил сок «Fruit Hit» темно желтый сок с кисловатым вкусом и слабым запахом, прозрачная жидкость.

В рамках данного исследования были определены следующие физико-химические свойства: содержание массовой доли сухих веществ, а также кислотность исследуемых образцов яблочного сока.

Сухие вещества в соке определяются рефрактометрически. Сухой остаток складывается из собственно сухого вещества исходного сока плюс заводские добавки.

Величина титруемой кислотности определяется количеством щелочи (едкого натра или калия), необходимой для нейтрализации этих кислот [2].

Определение содержания сахара в исследуемых образцах сока проводили на ручном рефрактометре PAL-1, который предназначен для измерений процента содержания сахара (шкала Brix) и температуры в жидких пробах.

Значения измерения вместе с температурой выводятся на цифровой дисплей [3].

Таким образом, как видно из полученных данных, у всех образцов массовая доля растворимых сухих веществ колеблется в пределах от 11,0 до 11,2%, т.е. приблизительно одинакова.

Массовая доля осадка во всех образцах сока не превышает 0,3% и соответствует норме.

После проведенных замеров сахара, можно сделать вывод, что все образцы сока, содержат менее 20% сахаров и соответствуют нормам.

Можно отметить, что кислотность напрямую зависит от содержания сахара в восстановленных соках: чем выше кислотность – тем ниже содержание сахара, и наоборот [1].

Таким образом, как видно из представленных данных, массовая доля титрируемых кислот у всех образцов яблочного сока находится в пределах нормы.

При микробиологическом исследовании образцов сока выявлено:

1. Превышение показателей КМАФАнМ во всех образцах исследуемого сока. Но в образце №1 «Любимый» КМАФАнМ приближается к верхней границе нормы. Высокое содержание КМАФАнМ свидетельствует о нарушениях в технологии изготовления данного сока, что ведет к размножению посторонней микрофлоры. Нельзя исключать также и того, что бактерии могли попасть из воздуха при разливе.

2. Отсутствие БГКП во всех исследуемых образцах сока.

3. Наличие дрожжей в исследуемом образце №4 «Fruit Hit».

4. Результаты микроскопии показали наличие *Lactobacillus casei* в образце №1 «Любимый», являющаяся кислотообразующим компонентом. А также *Lactobacillus acidophilus*, являющаяся антагонистом патогенной и технически вредной микрофлоры и *Lactobacillus fermentum*, которые вызывают гетероферментативное брожение.

Результаты микроскопии образца № 2 «Сады Придонья» показали наличие *Alicyclobacillus*, которые могут вызывать порчу соковой продукции. Порча в основном проявляется как образование фенольного (лекарственного или дымного) запаха. Причиной заражения соковой продукции бактериями рода *Alicyclobacillus* может быть недостаточное качество подготовки сырья к переработке или загрязненная вода, используемая в технологическом процессе переработки яблок. Также были обнаружены *Lactobacillus brevis*, которые превращают яблочную кислоту в молочную и CO₂ и способны вызывать порчу ферментированных продуктов. *Lactobacillus fermentum*, которые вызывают гетероферментативное брожение.

Результаты микроскопии образца №3 «Дары Кубани» показали наличие *Bacillus subtilis*, которая обеспечивает брожение сладких фруктовых соков. А также *Actinomicetes*, которые могут стать причиной специфических пороков вкуса и запаха, позднего вспучивания соков. *Lactobacillus fermentum*, которые вызывают гетероферментативное брожение.

Результаты микроскопии образца №4 «Light» показали показали наличие дрожжей, которые могут быть причиной излишнего газообразования, специфических пороков вкуса и запаха. Наличие *Lactobacillus acidophilus*, которая является сильным кислотообразователем, антагонистом патогенной и технически вредной микрофлоры. А также *Bacillus subtilis*, которая обеспечивает брожение сладких фруктовых соков. *Lactobacillus fermentum*, которые вызывают гетероферментативное брожение.

Выводы:

1. На основании нормативной документации установили качественные и количественные показатели фруктовых соков, определили методику анализа этих характеристик.
2. Для проведения экспертизы качества сока были использованы органолептический, физико-химический и микробиологический методы исследования согласно нормативно-технической документации.

3. Согласно проведенному санитарно-микробиологическому исследованию, все образцы сока по органолептическим и физико-химическим показателям соответствуют установленным требованиям. По микробиологическим показателям все образцы соков содержат микрофлору не типичную для фруктовых соков: лактобактерии, актиномицеты, бациллы, дрожжи.

Список литературы

1. ГОСТ 32102-2013 Консервы. Продукция соковая. Соки фруктовые концентрированные. Общие технические условия.
2. ГОСТ Р 51434-99. Соки фруктовые и овощные. Метод определения титруемой кислотности.
3. ГОСТ Р 51433-99. Соки фруктовые и овощные. Метод определения содержания растворимых сухих веществ рефрактометром.

ИСТОРИЯ ФАРМАЦИИ

Переверзева В.И

*Научный руководитель - Белоусова О.В., к.фарм.наук, преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Актуальность. Развитие фармации продолжается на наших глазах. Прошлое, настоящее и будущее – звенья цепи исторического развития. Изучение прошлого помогает лучше понимать настоящее, дает масштаб для его оценки. Вместе с тем познание закономерностей предшествующего развития любого явления и выяснение современного его состояния помогает лучше понять и научно предвидеть (прогнозировать) пути его развития в будущем [5].

Цель работы: изучить история фармации.

Задачи данной работы:

- Ознакомиться с теоретическим материалом;
 - Определить понятие фармации;
 - Изучить этапы развития фармации;
 - Исследовать открытие в фармации и ученых их сделавших
- Объектами исследования являются литературные источники.

Методы: контент-анализ, структурный.

История фармации – это часть всеобщей истории науки.

Фармация как наука выделяется из медицины в конце XVIII века.

Фармация – это комплекс наук и практических знаний в области разработки, исследования, производства, изготовления, стандартизации, контроля качества, хранения, отпуска и реализации средств, применяемых в медицине с лечебными и профилактическими целями. В комплексе с фармакологией фармация составляет науку о лекарствах [1].

В древнем мире фармация была тесно связана с религией и магией. Лекарственные растения использовались для лечения различных заболеваний, а также для проведения ритуалов и обрядов. В этом периоде фармацевты были

часто священниками или шаманами, которые обладали знаниями о лекарственных свойствах растений и способах их применения [2].

Одним из наиболее известных древних цивилизаций, которые занимались фармацевтикой, были древние египтяне. Они использовали множество растений и минералов для приготовления лекарственных средств. Египетские фармацевты были организованы в гильдии и имели определенные стандарты качества и безопасности при изготовлении лекарств [6].

Важнейшие открытия в фармации нового времени.

Товий Егорович Ловиц (1757 – 1804), работавший в России аптекарем, а с 1793 г. – ординарным академиком по кафедре химии, первый предложил ряд рецептов охлаждающих смесей, открыл адсорбционную способность угля, применив его для очистки винной кислоты и воды (1794), предложил использовать уголь для очистки спирта (1788), перегонкой с кальционированным поташем (1796). Ученый предложил способ изготовления уксусной кислоты (1789), метод выделения виноградного сахара (1792), получил жидкую монохлоруксусную и треххлоруксусную кислоты (1793), впервые в мире ввел микрокристаллический метод исследования (1793), благодаря которому в 1795 г. открыл способ отделения бария от стронция и кальция, установив, что кальциевые соли дают красное окрашивание пламени.

Фармация в современном мире является важной и неотъемлемой частью здравоохранения. Она занимается изучением, разработкой, производством, дистрибуцией и использованием лекарственных средств для лечения и профилактики различных заболеваний [3].

Одной из основных задач фармации в современном мире является обеспечение безопасности и эффективности лекарственной терапии пациентов. Фармацевты играют важную роль в этом процессе, предоставляя информацию о правильном применении лекарств, взаимодействии с другими препаратами и возможных побочных эффектах. Они также помогают пациентам выбрать наиболее подходящие лекарственные средства и разъясняют им, как правильно принимать и хранить препараты [4].

Заключение

Ознакомлены с теоретическим материалом, содержащим сведения о фармации. Фармация закономерно регулируется медицинскими этическими нормами. Деонтология, профессиональная этика медицинских работников в полной мере распространяется на фармацевтов.

Определено понятие фармации. Установлено, что фармация - это комплекс наук и практических знаний в области разработки, исследования, производства, изготовления, стандартизации, контроля качества, хранения, отпуска и реализации средств, применяемых в медицине с лечебными и профилактическими целями.

Изучены этапы развития фармации. Выяснено, что характер развития фармации (и медицины, до разделения этих профессий) достаточно сильно менялся в зависимости от конкретных культурно-исторических условий.

Исследованы открытия, сделанные в Новые времена и ученые их сделавшие. Таким образом, фармация в Новом времени успешно развивалась по всем направлениям, открытия, способствовали ее становлению как науки и дальнейшему развитию в Новейшем времени (с 1918 г.).

Список литературы

1. Емельянов С.А. История фармации: http://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3152/1/tut_ssmu-2013-22.pdf (дата обращения 07.03.2024).
2. Эльяшевич Е.Г. История фармации// Е.Г. Эльяшевич, Вестник фармации №1 (39) 2008/(дата обращения 09.03.2024).
3. От древности до современности: <https://nauchniestati.ru/spravka/istoriya-farmaczii/#Введение>(дата обращения 10.03.2024).
4. [История фармации и аптечного дела // https://en.ppt-online.org/384196](https://en.ppt-online.org/384196) //(дата обращения 10.03.2024).
5. [Важнейшие открытия в фармации Нового времени //](https://cyberleninka.ru/article/n/vazhneyshie-otkrytiya-v-farmatsii-novogo-vremeni/viewer) <https://cyberleninka.ru/article/n/vazhneyshie-otkrytiya-v-farmatsii-novogo-vremeni/viewer> //(дата обращения 09.03.2024).

6. [От древности до современности: история фармации и ее влияние на современную медицину](#) // (дата обращения 11.03.2024).

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ И МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Плотникова Л.С., Муратова А.М.
Научные руководители - Кириченко И.Я., Окунская Т.В., преподаватели
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

К выраженным факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), согласно данным исследователей, следует отнести режим и качество питания, уровень физической активности, семейного и материального благополучия, жилищных условий, злоупотребление алкоголем, курение, неконтролируемое использование лекарственных препаратов, наследственность.

Актуальность: ХНИЗ — это болезни, характеризующиеся продолжительным течением и являющиеся результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов. К основным типам ХНИЗ относятся сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания и сахарный диабет. По данным статистики, каждый год от ХНИЗ умирают 41 млн человек, что составляет 70% всех случаев смерти в мире. В структуре смертности лидируют приходится на сердечно-сосудистые (45%) и онкологические (22%) заболевания [1].

В России на долю ХНИЗ в структуре смертности суммарно приходится 75% случаев [2].

Риск смерти от ХНИЗ повышают такие факторы, как низкий уровень физической активности, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание и загрязнение воздуха [1].

Наиболее эффективным методом борьбы с ХНИЗ признаны программы профилактики, в основу которых положена концепция факторов риска: поведенческих (употребление табака, отсутствие физической активности, нездоровое питание и чрезмерное употребление алкоголя) и метаболических (повышенное артериальное давление, избыточная масса тела/ожирение, гипергликемия, гиперхолестеринемия) [2].

Цель исследования: проанализировать факторы риска ХНИЗ и выявить их взаимосвязь с медицинской активностью группы пациентов.

Объект исследования: пациенты СВА пос. Юбилейный Курского района Курской области (СВА).

Предмет исследования: факторы риска ХНИЗ и медицинская активность пациентов СВА.

Задачи исследования:

1. Изучить источники научной литературы по проблеме исследования.
2. Разработать анкету по выявлению факторов ХНИЗ и определению медицинской активности, провести анкетирование сельских жителей.
3. Проанализировать результаты и составить рекомендации по снижению негативного влияния выявленных факторов риска ХНИЗ.

Научная новизна исследования: выявлены факторы риска ХНИЗ у пациентов СВА, определена медицинская активность респондентов.

Практическая значимость исследования: результаты исследования использованы для составления рекомендаций по снижению негативного влияния выявленных факторов риска ХНИЗ.

Анализ факторов риска здоровью и медицинской активности пациентов СВА показал, что среди 20 опрошенных респондентов в возрасте от 30 до 60 лет понятие о правильном питании имеют половина опрошенных; факт сухоядения установлен у 13 пациентов, что составляет 65%; нерегулярно питаются 16 респондентов (80% от всех опрошенных); регулярно соблюдают рекомендованную врачом диету лишь 4 человека, что составляет 20%. Это свиде-

тельствует о наличии фактора нерационального питания практически у всех респондентов.

При анализе наличия вредных поведенческих привычек у респондентов были получены следующие данные: факт употребления алкоголя в семье 3–4 раза в месяц признают 3 человека (15%), остальные 17 чел. употребляют алкоголь очень редко (85%).

Факт курения установлен у 11 респондентов (55%), из них 8 мужчин (40% от общего числа опрошенных) и 3 женщины (15% от общего числа опрошенных). При этом 2 респондента выкуривали 1 пачку сигарет в день (10%), полпачки в день – 7 (35%) и 2 опрошенных на момент опроса курят электронные сигареты (10% всех опрошенных), что свидетельствует о значительной доле этого негативного фактора риска ХНИЗ в группе опрошенных.

По данным анкетирования установлено, что наследственность былаотягощена у 14 опрошенных (70%), из них у 10 пациентов – ССЗ (ИБС, ГБ) (50%), у 2 респондентов – СД 2 типа (10%), онкопатологию указали у близких родственников 8 опрошенных (40%).

Из опрошенных пациентов с профилактической целью в поликлинику ЦРБ или в СВА не обращается никто, профилактические осмотры регулярно проходят лишь 11 работающих пациентов (55%), а из оставшихся 9 периодически проходят диспансеризацию только 3 (15% респондентов), что свидетельствуют о недостаточной медицинской активности респондентов.

После анализа полученных результатов анкетирования были составлены памятки по борьбе с выявленными факторами риска ХНИЗ, проведены профилактические беседы о ЗОЖ и негативном влиянии сочетания факторов риска ХНИЗ на здоровье респондентов.

После проведенных бесед большинство респондентов подтвердили понимание важности правильного отношения к своему здоровью, к медицинскому наблюдению за их здоровьем, выполнению полученных рекомендаций с установкой на ведение ЗОЖ.

Список литературы

1. Неинфекционные заболевания // Бюллетень ВОЗ от 16.09.2023 г. – Текст: электронный. – URL : <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата обращения 29.02.2024 г.).
2. Хронические неинфекционные заболевания: эффекты сочетанного влияния факторов риска / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов и др. – Текст: непосредственный // Профилактическая медицина. – 2019. – №2. – С.45-50.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

*Плохих П.И., Иваничкина Д.А.
Научный руководитель – Воробьева Е.Н., преподаватель
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», г. Воронеж*

Аннотация. В данной статье рассматриваются современные и наиболее эффективные, на наш взгляд, методики адаптивной физической реабилитации (АФР) при восстановлении двигательных функций у детей с детским церебральным параличом. Подробно рассматривается влияние гидрореабилитации, приводится клинический случай. Выделяется особое значение иппотерапии.

Ключевые слова: адаптивная физическая реабилитация, детский церебральный паралич, гидрореабилитация, двигательные навыки, иппотерапия

Введение. Цель исследования заключается в изучении и обосновании эффективности исследуемых методов адаптивной физической реабилитации при восстановлении двигательных функций у детей с ДЦП.

Задачи:

1. Определить роль адаптивной физической культуры (АФК), гидрореабилитации и иппотерапии в восстановлении моторных функций детей с ДЦП

2. Обосновать эффективность воздействия гидрореабилитации на примере клинического случая

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это неврологическое заболевание, обусловленное не прогрессирующим повреждением ЦНС или аномалией головного мозга у плода, или новорожденного ребенка с развитием нарушений моторики и поддержания позы. Согласно глобальной статистике ВОЗ, частота диагноза ДЦП – 2-7 случаев на 1000 человек среди детей возрастом до 1 года. Распространенность среди недоношенных новорожденных увеличивается в 10 раз.

Определяют три стадии заболевания: раннюю, начальную остаточную (резидуальную) и остаточную [3].

Для ранней стадии характерны ощутимые нарушения регуляции тонуса мышц и подавление врожденных двигательных рефлексов, выявляется отчетливый гипертензионный синдром и судороги. Для резидуальной - установочные рефлексы не формируются или формируются недостаточно. Показателем отрицательный симптом Ландау. Проявляются контрактуры. Конечная резидуальная - окончательное оформление патологического двигательного стереотипа, организация контрактур и деформаций. Психические и речевые расстройства становятся явно заметны.

Комплексное лечение ДЦП включает такие методы функциональной терапии как АФК, ЛФК, аппаратная кинезиотерапию - механотерапию, функциональные техники массажа, а также использование технических средств реабилитации — вертикализаторов, опоры для сидения [3].

Ход и результаты исследования. Адаптивная физическая реабилитация – компонент АФК, удовлетворяющий потребность инвалида с отклонением в состоянии здоровья в лечении, восстановлении утраченных функций [5]. Цель АФК – это формирование необходимых физических качеств и способностей, направленных на жизнеобеспечение, развитие и совершенствование организма. Основным средством АФК являются физические упражнения.

Задачи, решаемые АФР, для данной нозологической группы: социальная адаптация; устранение неврологических нарушений; снятие или уменьшение интенсивности двигательных нарушений; коррекция дефектов зрения и слуха; исправление нарушение речевого аппарата; развитие навыков правильного мышечного стереотипа; коррекция психического и умственного развития [1].

Для детей с ограниченными возможностями здоровья физические упражнения жизненно необходимы, так как они являются наиболее эффективным средством и методом одновременно физической, психической и социальной адаптации.

Комплекс физических упражнений для детей с ДЦП состоит из обще развивающий упражнений, дыхательных упражнений, а также упражнений на координацию, растягивание, проводимых в игровой форме [1]. Между упражнениями, в паузах, рекомендуется проводить массаж. В заключительной части проводят релаксацию.

Гидрореабилитация – это занятия, которые обучают и воспитывают ребёнка в условиях водной среды. Способствует развитию функции лёгких, восстановлению тонуса мышц.

Безусловным преобладанием гидрореабилитации над другими методиками АФР является снижение нагрузки на позвоночник, наиболее щадящая нормализация мышечного тонуса, формирование осанки.

Рассмотрим наблюдаемый нами клинический случай ребенка с ДЦП, проходящего курс гидрореабилитации.

Клинический случай. Пациент, 5 лет. Спастическая диплегия. GMFCS – 3 уровень. Нарушения речи незначительные, дизартрия, 2 степень. Задача на данном этапе реабилитации (долговременная цель): обучение самостоятельной ходьбе, без опоры. Проходил этап реабилитации (период остаточных явлений) на базе детского оздоровительного центра «Три кита». После двух месяцев гидрореабилитации наблюдаются следующие изменения (промежуточ-

ный результат): самостоятельная ходьба с опорой о стенку, или за руку с мамой.

Методика: занятия продолжительностью 30 минут, 3 раза в неделю. Комплекс упражнений применялся следующий (основная часть занятия): - «велосипед» (работа ногами); -сгибая колени к животу; -разгибая, выпрямляя в коленях; -«лягушка»; -плавание с нудлами; -держась за перекладину работа ногами как при «кроле»; -«кроль в полной координации». С целью увеличения нагрузки цепляются на ноги грузики (утяжелители-браслеты). В заключительной части даются упражнения на спине, направленные на расслабление: работа ног и рук. В подготовительной части используются упражнения общеразвивающего характера: отведения и приведения в стороны, сгибание и разгибание, круговые вращения. Все этапы занятия проводятся в воде. В первую неделю занятий работа проводилась пассивно, далее носила больше активный характер с элементами направления. Уровень спастичности постоянно изменялся. Однако отмечалось, что при добавлении новых упражнений, тонус мышц снижался.

На протяжении исследования гидрореабилитация сочеталась с массажем, т.е. осуществлялось комплексное воздействие - мультидисциплинарный подход в реабилитации.

Иппотерапия - одна из форм АФК, в которой инструментом реабилитации является лошадь, верховая езда и общение с лошадьми. Занятия проводятся по специальным методикам, различающимся в зависимости от заболевания пациента и задач, для решения которых используется иппотерапия [4].

Тазобедренная область и нижние конечности пациента, или занимающегося, при езде на лошади, идущей шагом, имитируют движения человека при ходьбе. Включаются компенсаторные механизмы запоминания полученного опыта [4]. Кроме того, задействуются непораженные мышцы, которые обычно не включаются, в силу постоянного контроля равновесия.

Важно отметить, что езда на лошади противопоказана пациентам со значительной спастичностью.

Велика роль иппотерапии в становлении движений и поз, в осуществлении произвольного контроля над своим телом, развитии произвольного внимания, снижении тонуса мышц, тренировке вестибулярного аппарата [4].

Выводы. Таким образом, роль АФР, ее методов, весьма значительна. АФР является инструментом для адаптации, наиболее оптимального жизнеобеспечения ребенка с ДЦП.

Гидрореабилитация эффективна при ДЦП. Однако определяющим фактором остается индивидуальный подход (ключ к результату) и тонкости процесса восстановления в водной среде.

Список литературы

1. Бутузова Е. Е., Колесникова Н. В. Адаптивная физическая культура для детей с ДЦП //Наука-2020. – 2020. – №. 9 (45). – С. 132-140.

2. В. Зверева, Патогенетические механизмы реабилитации (абилитации) и патогенетическая симптоматическая фармакотерапия при детском церебральном параличе // Московская областная детская психоневрологическая больница, журнал Практика педиатра, 2017.

3. Е. В. Семёнова, Е. В. Клочкова. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам — М.: Лепта Книга, 2018. – 584 с.

4. Кушхова А. Ф., Карданова Д. Э. Иппотерапия как технология социальной работы с детьми-инвалидами //Новый взгляд. Международный научный вестник. – 2014. – №. 6. – С. 63-77.

5. Литвина Г. А., Кульчицкий В. Е., Агеев А. В. Адаптивная физическая культура как средство физической реабилитации и социальной адаптации //Мир науки, культуры, образования. – 2016. – №. 3 (58). – С. 62-63.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ВЫБОРЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ДЕТСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

*Покутнева Д.В.
Научный руководитель – Колесникова С.И., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», Белгород*

На рынке существует много витаминно-минеральных комплексов. Учитывая тот факт, что они отпускаются без рецепта, а некоторые являются биологически активными добавками к пище – их можно приобрести на многих торговых площадках. Это и аптека, и розничные магазины, и интернет-магазины и т.д., с каждым годом их появляется всё больше. При выборе витаминно-минерального комплекса необходимо отдавать предпочтение аптекам, так как в нефармацевтических учреждениях можно столкнуться с подделкой или препаратом с сомнительным качеством и составом. Также немаловажно получить полную и компетентную консультацию фармацевта по данному вопросу. Особенно это касается детских комплексов, так как витамины и минералы играют важную роль в умственном и физическом развитии каждого ребенка [1].

В российских аптеках можно встретить большое многообразие витаминно-минеральных комплексов для детского возраста. Также они присутствуют в ассортименте розничных магазинов, маркетплейсах и онлайн-маркетах. Витаминные препараты варьируются в зависимости от возраста ребёнка, лекарственной формы, вкусовых добавок и по составу входящих витаминов и минералов [2].

Витаминно-минеральные комплексы в аптеке представлены лекарственными средствами и биологически активными добавками. Большую часть их ассортимента занимают БАДы - 80%. Это связано с менее жесткими стандартами регистрации БАДов, а также для некоторых стран витаминно-минеральные комплексы имеют статусы БАДов.

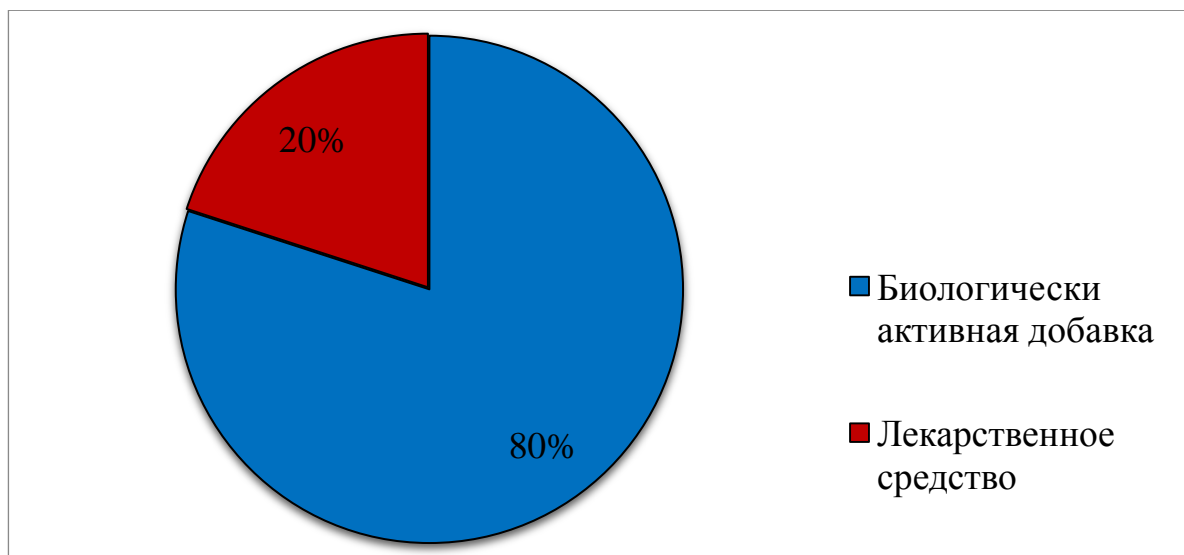


Рис. 1. Анализ детских витаминно-минеральных комплексов по виду товара, %

Витаминно-минеральные комплексы для детей популярны во многих странах, поэтому производятся по всему миру. Наша страна не является исключением и в России выпускается довольно большое количество – 46%.

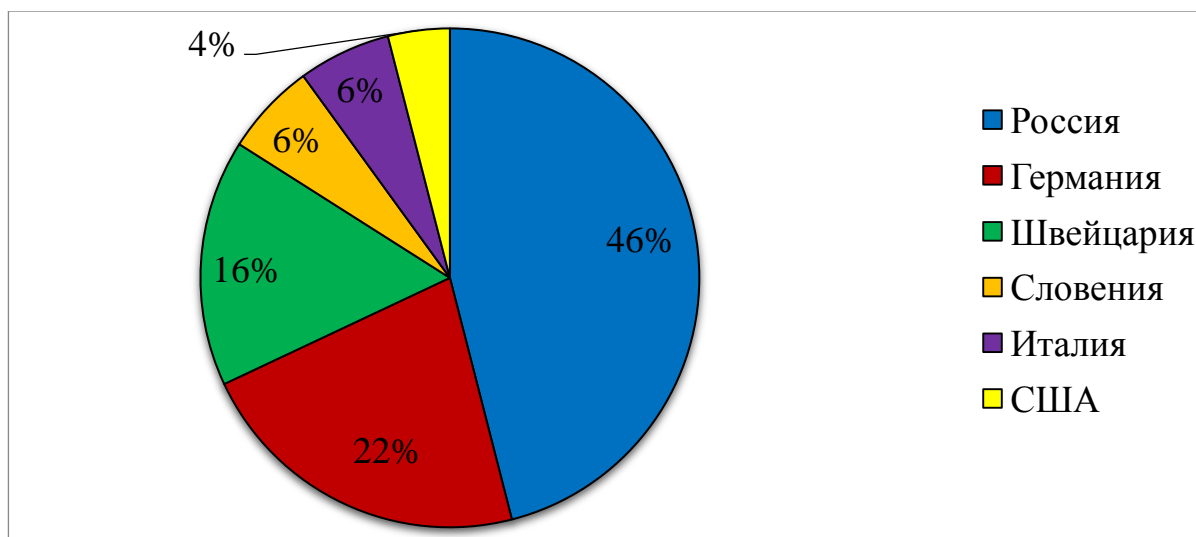


Рис. 2. Анализ детских витаминно-минеральных комплексов по странам производителям, %

Дети – это категория потребителей, для которых большое значение имеет цвет, вкус, внешний вид витаминов. Поэтому производители выпускают свои препараты чаще не в виде обычных таблеток, а придумывают лекарственные формы в виде различных фигур (мишки, рыбки, звездочки и т.д),

которые напоминают детям конфеты. Наибольший ассортимент составляют пастилки жевательные 40% [3].

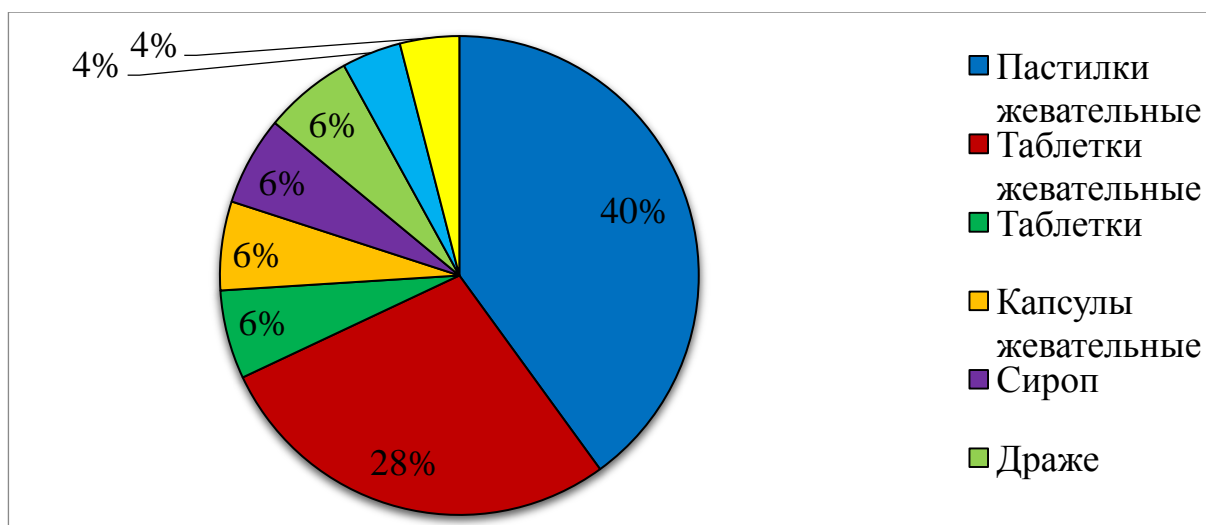


Рис. 3. Анализ детских витаминно-минеральных комплексов по виду лекарственной формы, %

Возраст потребителей имеет большое значение, так как часто приобретаются родителями для нескольких детей и в этом случае гораздо удобнее, когда препарат имеет широкий возрастной диапазон [4]. Большую часть ассортимента детских витаминно-минеральных комплексов в аптеке составляют препараты от 3 лет – 76%.

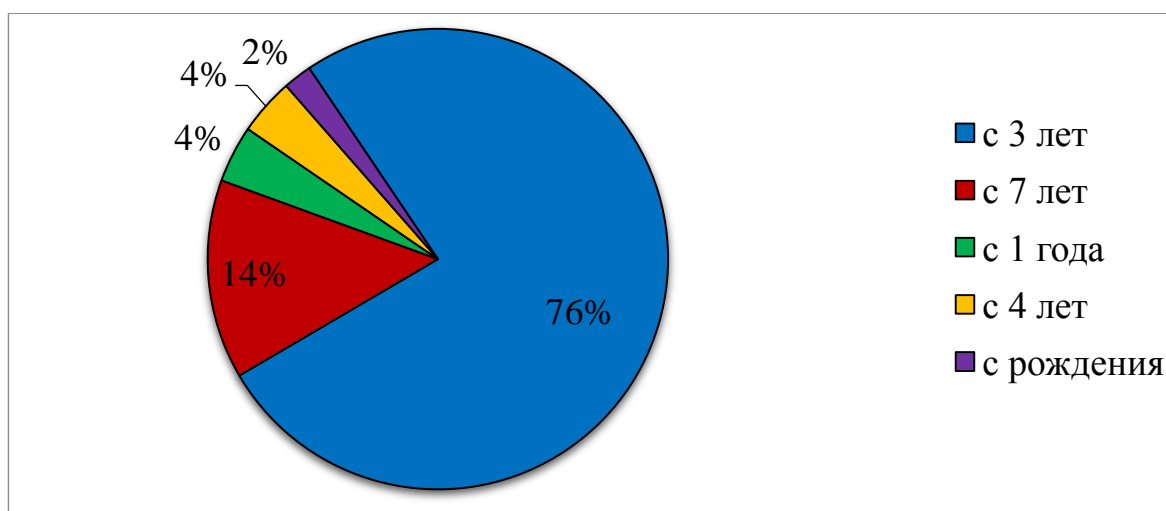


Рис. 4. Анализ детских витаминно-минеральных комплексов по возрастному цензу, %

При большом многообразии витаминов, существует широкий разброс цен. Цена на витаминно-минеральный комплекс зависит от торговой марки,

состава и расфасовки. На основе полученных данных можно сделать вывод, что наибольший ассортимент детских комплексов имеет достаточно приличную стоимость. Кроме того, достаточное количество витаминов можно приобрести и по невысокой цене, в основном это комплексы отечественного производства.

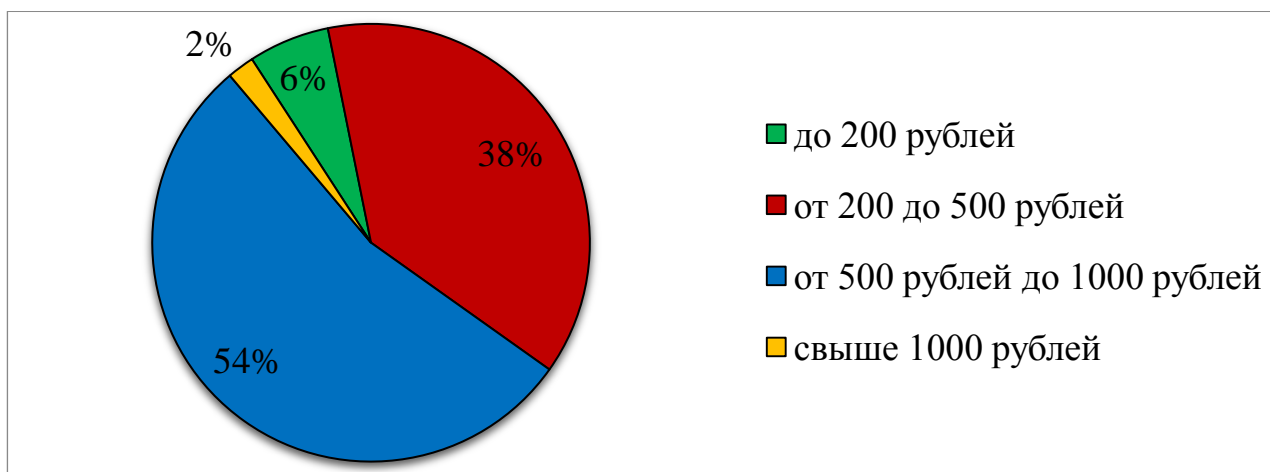


Рис. 5. Анализ детских витаминно-минеральных комплексов в ценовом сегменте, %

В аптеках представлен огромный выбор витаминных препаратов с различным составом. При опросе респондентов было выяснено, что 77% приобретают витаминно-минеральные комплексы. Так как витаминные препараты отпускаются без рецепта, респондентам был задан вопрос по принципу выбора препарата. 63% прибегают к помощи фармацевта.

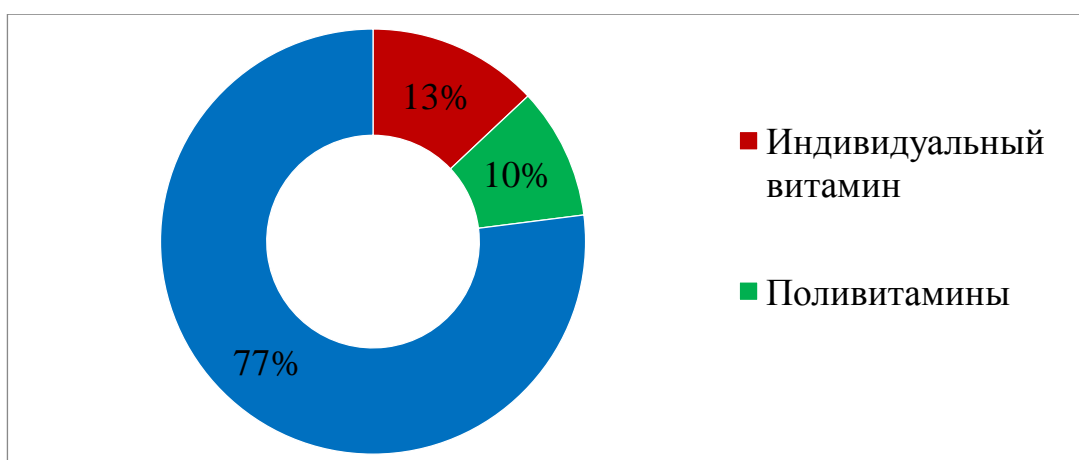


Рис. 6. Предпочтения по составу, %

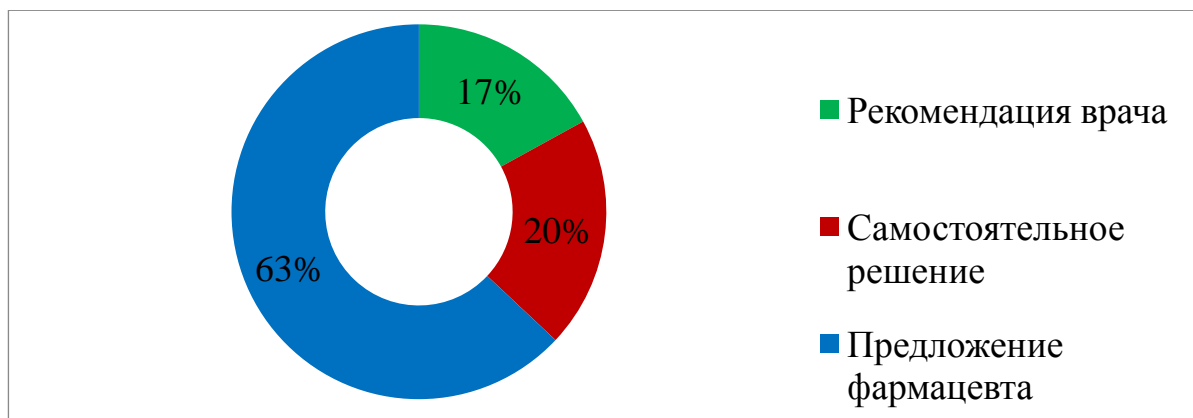


Рис. 7. Принцип выбора витаминного препарата, %

В ходе исследования мы выяснили, что наибольший ассортимент комплексов составляют БАДы – 80%, произведённые в России – 46%, в виде жевательных пастилок - 40%, предназначенные для детей с 3 лет – 76%, в ценовом диапазоне от 500 до 1000 рублей – 54%. Большинство покупателей детских поливитаминов дают своим детям витамины сезонно, а именно в осенне-весенний период, 77% предпочитают приобретать именно витаминно-минеральные комплексы, для их выбора 63% прибегают к помощи фармацевта.

Список литературы

1. Витамины. Витаминопрофилактика и витаминотерапия : монография / М.Л. Максимов, М.А. Исмаилова, А.И. Малыхина [и др.] ; под ред. М.Л. Максимова. – Москва : Изд-во Сеченовского ун-та, 2020. – 172 с. : ил., табл. – Библиогр.: С.158-172. Шифр РНБ: 2021-3/11037
2. Гиттер К. Витамины и БАДы : фармацевт об их пользе и вреде / Кристин Гиттер. – Москва : Бомбора : Эксмо, 2021. – 302, [1] с. : ил. – (Куда катятся таблетки? : книги-инструкции для тех, кто хочет разобраться в мире лекарств). – Алф. указ.: С.300-303. Шифр РНБ: 2021-3/19964
3. Даников Н.И. Целебный витамин D / Н.И. Даников, врач-фитотерапевт. – Москва : Эксмо, 2021. – 284, [3] с. – (Я привлекаю здоровье). – Алф. указ.: С.282-284. Шифр РНБ: 2021-3/15207

4. Шустов Е.Б. Витамины. Поливитаминные комплексы : учеб. пособие / Е.Б. Шустов, Д. Ю. Ивкин. – Санкт-Петербург : Изд-во СПХФУ, 2020. – 78с.: табл. – Библиогр.: С.77-78. Шифр РНБ: 2020-4/6262

ИСТОРИЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Полякова Е.А.
Научный руководитель – Луханина Е.М., преподаватель
медицинского колледжа «БелГУ», г. Белгород*

COVID-19 – острое респираторное заболевание, вызванное новым вирусом SARS-CoV2 из семейства коронавирусов. С 11 марта 2020 года ВОЗ официально признала распространение этого вируса пандемией.

«О заболевании миру стало известно 31 декабря 2019 года, тогда Китай сообщил о новой эпидемии с очагом в городе Ухань. Именно поэтому в названии заболевания стоит число «19». Но вообще-то это не первый смертельный коронавирус, с которым знакомо человечество. И уж тем более не первый коронавирус, которым мы боеем» [2].

Кто из нас не слышал о таких словах как «ОРЗ» или «ОРВИ»? ОРВИ – это острое респираторное заболевание вирусной природы. Самое известное ОРЗ – это все формы гриппа. Вирусов, которые вызывают ОРВИ, очень много, и среди них есть также коронавирусы.

Существует несколько видов вирусов, поражающих людей. Увы, они могут быть смертельно опасными.

Так какова новейшая история коронавируса?

Вероятнее всего, он нам передался от летучих мышей. Быть может, присутствовало еще одно промежуточное звено – панголин. По крайней мере, мы уже знаем, что «шипики-лучики» коронавирусов летучей мыши не могут связываться с рецепторами клеток человека, а панголина – могут.

Но вернемся в Китай. Официально первый пациент с COVID-19 был зарегистрирован 1 декабря в городе Ухань китайской провинции Хубэй (есть

данные и о более ранних случаях). Заболевшие были связаны с рынком животных и морепродуктов Хуанань, и, вероятно, именно там и произошла передача. Далеко не сразу до медиков дошло, что пневмония, с которой к ним начали поступать пациенты, вызвана новым вирусом, еще позже стало понятно, что он способен передаваться от человека к человеку. К чести правительства Китая, после ранних попыток замять ситуацию, они достаточно быстро среагировали: сначала сообщили всему миру о новой эпидемии (прошло не три месяца, как с SARS), а потом достаточно быстро ввели жесткий карантин. И во многом благодаря этому в Китае эпидемия в целом остановилась.

Большой инкубационный период (в среднем 5–7 дней, максимум – 14 дней) и, видимо, заметное количество людей, болеющих в легкой форме или вообще бессимптомных носителей, а также некоторая небрежность властей других стран, позволили вирусу вырваться за пределы Китая. В первую очередь – в Европу. И тут началась настоящая катастрофа. Как оказалось, среди заразившихся коронавирусом достаточно велик процент тяжелых больных, которые не могут выжить без аппаратов ИВЛ. И вот к такой нагрузке на здравоохранение многие страны оказались не готовы.

Лишь 11 марта ВОЗ заявила о начавшейся пандемии. Первый коллапс случился в Италии. Дальше – Испания. Затем – США, Россия. Люди по всему миру находились на карантине или в режиме самоизоляции, в зависимости от жесткости мер. Страны закрыли границы, правительства организовали эвакуацию граждан, пострадал малый и средний бизнес, да и экономика всего мира в целом.

Существуют сотни других инфекций. Однако никто при этом не закрывает города и страны, и жизнь не замирает на целый год, как это произошло при ковиде-19.

Нельзя не согласиться с академиком Александром Гинцбургом, который в беседе с Nation News заявил, что «большинство людей, которые живут на планете Земля, исходно устойчивы к коронавирусу. Болеют только те, у кого ь

врожденный иммунитет, по каким-то причинам нарушен. По его словам, нарушение происходит в результате стрессовых ситуаций, неблагоприятных условий существования, перегрузок.

Академик, вирусолог Феликс Ершов отметил, что «наличие людей, устойчивых к заражению коронавирусной инфекцией, не противоречит тому, что хорошо известно. Имеются люди, генетически толерантные (не чувствительные) к различным вирусам. Однако определить точное количество таких людей не представляется возможным, так как для их обнаружения потребовалось бы провести абсолютно нереальный эксперимент по определению восприимчивости всей человеческой популяции к сотням различных вирусов, в том числе к COVID-19» [4].

«У большинства заразившихся инфекция протекает в лёгкой форме или бессимптомно. Примерно в 80% какое-либо специфическое лечение не требуется, а выздоровление происходит само по себе. Примерно в 15% случаев заболевание протекает в тяжёлой форме с необходимостью применения кислородной терапии, ещё в 5% состояние больных критическое» [3].

«Вакцинация – это безопасный и эффективный способ снизить риск смерти, тяжёлых заболеваний, симптоматических случаев и вспышек самой инфекции. «Все вакцины против COVID-19, включенные ВОЗ в перечень для использования в чрезвычайных ситуациях обеспечивают защиту от тяжелого течения болезни и смерти при инфицировании COVID-19»[1].

Список литературы

1. Коронавирусная инфекция COVID-19: вакцины и их безопасность // who.int URL: [https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines) (дата обращения: 29.02.2024).
2. Паевский А.С., Хоружая А.Н. Вообще чума! И эпидемии нашего времени // Teleserial Books URL: <https://teleserial.club/knigi/68137->

voobsche-chuma-i-epidemii-nashego-vremeni/ (дата обращения:
29.02.2024).

3. Профилактики распространения короновиральной инфекции COVID-19 // school-internat24 URL: <https://school-internat24.ru/17097/17218/> (дата обращения: 29.02.2024).
4. Хронология пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] / Ершов Ф.И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462348.html> (дата обращения: 29.02.2024).

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ УХОДА

Попова А.Е.

*Научный руководитель - Шенцева И.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В практической деятельности медицинского персонала процесс обучения играет не маловажную роль. На протяжении всей трудовой деятельности медицинская сестра участвует не только в лечебном, диагностическом, реабилитационном процессе, но и в процессе обучения.

Медицинская сестра выступает здесь в роли педагога, важно проявить свои творческие качества, при этом опираясь на профессионализм. Существуют определенные требования к медицинской сестре, которая участвует в процессе обучения населения, это иметь чувство такта, терпение и знания в преподаваемой области.

Сущность сестринской педагогики состоит в передаче знаний, умений и навыков от медицинской сестры пациенту или его близким в процессе обучения, мы можем сказать, что это двусторонний процесс.

Прежде чем приступить к процессу обучения, медицинская сестра должна знать задачи обучения:

- мероприятия по сохранению и укреплению здоровья;
- максимально адаптировать к болезни пациента.

Из источников литературы известно, что при выполнении плана ухода медицинская сестра использует пять этапов сестринского процесса, в процессе обучения так же имеется пять этапов, важно знать и сферы обучения, познавательную, эмоциональную и психомоторную, данные знания важны во время третьего этапа обучения.

На первом этапе обучения необходимо собрать всю информацию о пациенте, определить уровень умений не только его самого, но и его родственников если сам пациент не может произвести какие-либо действия.

Важно отметить, что сбор информации, это непрерывный процесс, при каждом последующем общении, персонал должен анализировать все ранее сказанное пациентом о себе или сказанное его ближайшим окружением.

Прежде чем перейти к следующему этапу, необходимо выяснить, есть ли у пациента знания и умения, которые необходимы при уходе в его состоянии, а также существует ли мотивация к выздоровлению и облегчить себе жизнь.

На втором этапе обучения медицинская сестра выделяет проблемы пациента, которые связанные с дефицитом знания, определяет способы решения проблем. Для этого она должна разбираться в новых технологиях, использовать понятия и термины доступные для того, кого она обучает.

Далее, на третьем этапе, средний медицинский персонал определяет цели обучения и планирует его содержания. Для достижения цели ее необходимо грамотно поставить, и она должна содержать три компонента: что необходимо сделать пациенту – результат обучения; обязательно обозначит временные рамки, это время, за которое будет достигнута цель, и при помощи кого или чего цель будет достигнута.

Затем, переходим к четвертому этапу, реализации плана обучения. Для этого необходимо создать благоприятную окружающую среду, обстановку и также важен временной промежуток. Медицинская сестра использует несколько методов обучения, это: демонстрация – показывает манипуляции для самоухода и если родственники участвуют в этом процессе, то для ухода; консультирование – в случае, когда обучающийся производит действия и затрудняется в некоторых моментах; разыгрывание ролей – является важным в том случае, когда пациенту необходимо социализироваться, для нахождения новых решений проблем.

После четвертого этапа, персонал переходит к пятому, оценке результатов. Результат оценивает не только медицинская сестра, ее коллеги, а также пациент и его близкое окружение.

Во время процесса обучения необходимо поддерживать интерес к выбранной тематике, акцентировать внимание на важной информации для пациента, попросить повторить, то что сказала или показала медицинская сестра.

Изучив соответствующие тематике источники литературы, проанализировав их, мы можем сказать следующее:

1. Медицинской сестре в процессе обучения необходимо понимать цели и задачи ухода.
2. Знать основные принципы обучения.
3. Разнообразить методы обучения и выбрать наиболее приемлемый для пациента, использовать средства для повышения качества жизни пациента.
4. Уметь применять и отрабатывать с пациентом практические навыки.

Список литературы

1. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2019. - 768 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*Пышьева К.К.
Научный руководитель - Шенцева И.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Актуальность темы заключается в том, что пациенты паллиативного профиля являются как медицинской, так и социальной проблемой.

Пациенты данной категории испытывают страдания, которые необходимо купировать медикаментозной терапией. Без помощи медицинских работников данная категория общества не может обойтись.

Кроме этого, мы понимаем, что без государственной поддержки, проблему оказания паллиативной помощи населению, не возможно осуществить в полной мере. Обязанностью государства и общества в целом, является обеспечение комфортных условий для пациентов находящихся в хосписах и на паллиативных койках.

Для того чтобы пациентам была оказана высококвалифицированная и эффективная медицинская помощь, необходима бригада специалистов которые имеют специальную подготовку в данной области.

Главной обязанностью медицинской сестры, которая осуществляет уход за пациентами является осуществление гигиенического ухода и купирование болевого синдрома, а также необходимо персоналу осуществлять психологическую поддержку пациента и его семьи.

Медицинская сестра, которая осуществляет уход, обязана иметь все необходимые компетенции или подход, который будет позволять улучшить качество жизни пациентов, не зависимо от того ребенок это или взрослый, а также их семей, которые столкнулись с проблемами, связанными с неизлечимым заболеванием. Основой задачей для медицинской сестры является предотвращение и облегчение страданий.

Медицинские сестры несут особую ответственность за распространение информации пациентам, за предоставление рекомендаций по уходу и за просвещение пациента и его семьи. Они идеально подходят для наблюдения и оценки результатов борьбы с болевыми и другими проявлениями болезни.

Из источников литературы мы узнаем об истории создания первых домов для умирающих. Первый был основан в 1885 году Френсисом Девидсом, он назывался «дом умиротворения», там оказывалась помощь людям страдающим таким заболеванием, как туберкулез, на тот момент заболевание считалось не излечимым.

Затем, в середине двадцатого века, был открыт хоспис в Лондоне, там работала Сесилия Сандерс, которая, вписала новую страницу в историю современных хосписов в мире.

«Помощь на терминальном этапе» - это вид помощи, который оказывался в паллиативной медицине, она оказывалась неизлечимым пациентам в хосписе в последние дни жизни.

Данное определение было сформулировано в 1973 году, подразумевалась некая система мероприятий, которая направлена на уход за пациентом с неминуемым смертельным исходом. По - другому - происходило облегчение симптомов и создание системы поддержки пациентов и их близких.

Новое название «паллиативная помощь» было введено канадским медиком, доктором Бэлфуром Маунтом.

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) дало свое определение и определяет паллиативную помощь как «подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, путем предотвращения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению, правильной оценке, лечению боли и других проблем – физических, психосоциальных, и духовных». Цель паллиативной помощи, согласно ВОЗ, это максимальная возможность достижения наилучшего качества жизни пациентов и их родственников [2].

Во время проведения исследования по данной теме, мы посетили по возможности несколько отделений, где оказывалась паллиативная помощь, то есть, в отделениях были выделены паллиативные койки, а так же просмотрели видео материалы, размещенные на соответствующих платформах, и сделали следующие выводы:

Наши отделения могут гарантировать самый высокий восстановительный процесс, как минимум, потому что медицинских сестер со стажем работы от 10 до 15 лет всего 2 человека (22%), со стажем работы от 15 лет - более 7 человек (78%). Данные представлены в диаграмме (Рис.1).

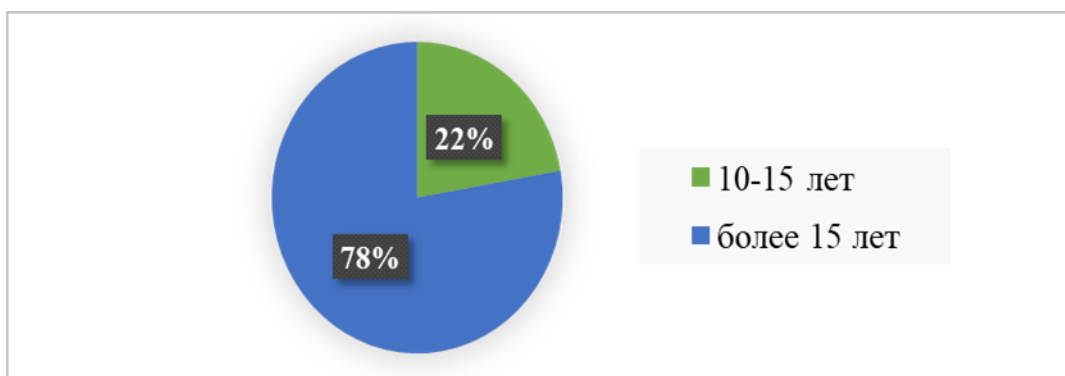


Рис. 1. Стаж работы медицинских сестер

Трудности в общении с пациентами данной категории возникают лишь у 11% из медицинских сестер (Рис.2).

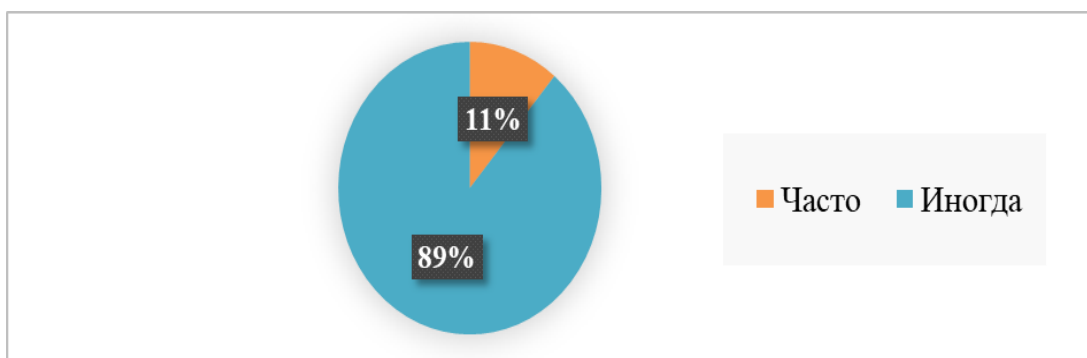


Рис.2. Трудности в общении

Так же мы выяснили, обучают ли медицинские сестры пациентов и их окружение правилам ухода и самоухода (Рис.3).

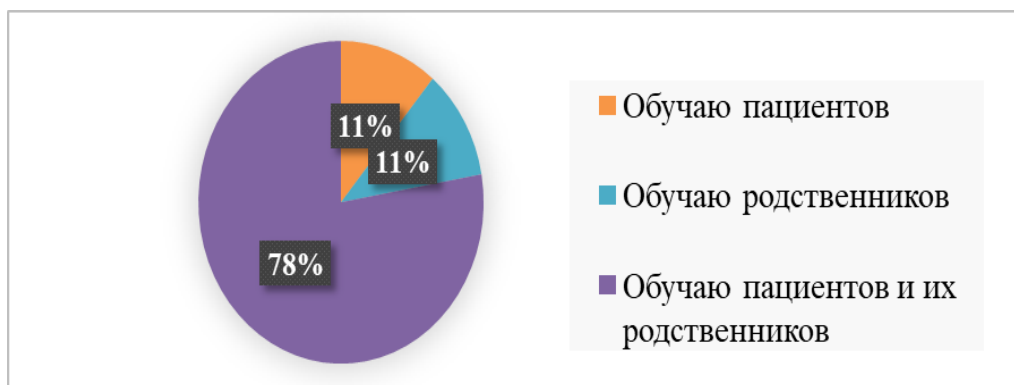


Рис.3. Обучение

Медицинский работник является неотъемлемой частью команды специалистов, занимающихся паллиативной помощью.

Через развитие навыков самообслуживания медицинские работники способствуют улучшению качества жизни пациентов.

Их профессионализм, забота и эмпатия играют важную роль в достижении успеха в своей работе с данной категорией населения. С их помощью пациенты могут преодолеть трудности, поставленные перед ними.

Список литературы

1. Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера». О хосписах. Материалы для родственников и близких пациента [Электронный ресурс] - М.: 2019. - 246 с. Режим доступа: <https://www.hospicefund.ru/wp-content/uploads/2012/04/Materialyi-dlya-rodstvennikov-i-blizkih.pdf>
2. Двойников, С.И. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела [Текст]: учебник / Двойников С.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 336 с.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХОБЛ

Рагулин А.И.

*Научный руководитель - Шенцева И.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В настоящее время, в связи с пандемией COVID – 19, наблюдается быстрый рост заболеваний дыхательной системы. Заболеваемости подвержено население всех возрастов, но особенно часто болеют дети, люди пенсионного и преклонного возраста.

По данным ВОЗ, статистика болезней органов дыхания в мире составляет 40% от общей заболеваемости. В каждой стране показатели разные. Взрослое население составляет 29,2–43,5%, а дети – 65,4–83,8%.

В мире более 1 млрд. человек поражены хроническими респираторными заболеваниями, которые могут закончиться смертью. Не исключено, что в последующем, легочные заболевания хронического характера будут одной из основных причин смерти. Что же касается рака легких, то по своей распространенности он опережает все остальные злокачественные новообразования» [1, с. 200].

Основной причиной развития ХОБЛ является табакокурение, что составляет порядка 90%, оставшиеся 5% приходятся на вредные факторы производства, респираторные инфекции, экологический фактор, генетическая предрасположенность.

При данной патологии поражаются не только дыхательные пути, но и ткань легкого.

Особое место в процессе лечения занимает сестринский уход за пациентами с патологией дыхательных путей. Именно средний медицинский персонал чаще всего находится с пациентом в моменты ухудшения и улучшения состояния, оказывает не только сестринскую помощь пациенту, но и психологическую. Поэтому, роль медсестры в достижении хорошего результата

лечения и реабилитации имеет свои особенности, которые отличаются от общетерапевтического процесса [2, с. 130].

Мы провели социологический опрос среди взрослого контингента, страдающего патологией органов дыхания и выяснили некоторые моменты, касающиеся профессионального ухода.

Нас интересовало, возникали ли осложнения у пациентов из-за нехватки знаний в уходе, получили следующие результаты:

возникали, считают – 7%, респондентов, 67% дали отрицательный ответ, и случается, но редко – 26% (Рис.1).

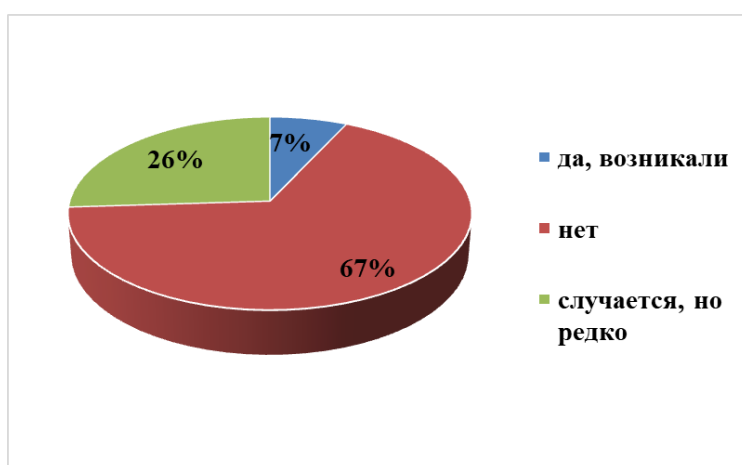


Рис.1. Осложнения из-за нехватки знаний

Неотложные состояния, в виде приступа удушья, одышки, встречаются довольно часто у пациентов, поэтому важно владеть навыками самопомощи.

Мы можем увидеть результаты: умеют – 78% пациентов, частично владеют – 19%, и не умеют, но хотели бы научиться – 3% (Рис. 2).

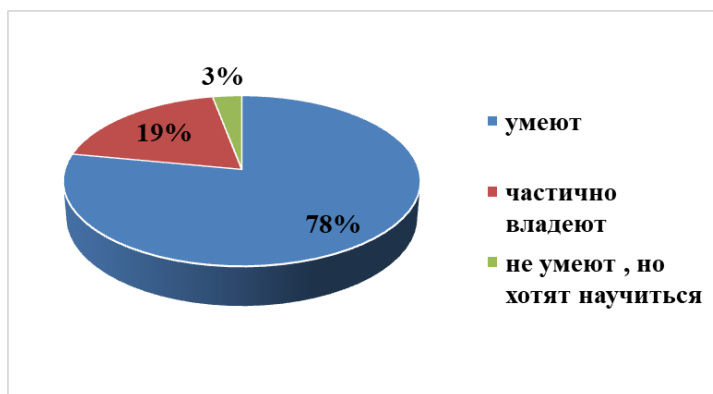


Рис.2. Навыки оказания самопомощи

Владеет ли пациент навыками оказания помощи при одышке: владеют – 96%, не владеют, но хотят научиться – 1%, частично владеют – 3% (Рис.3).

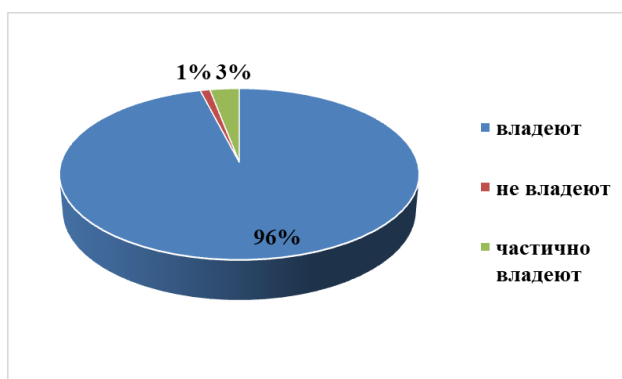


Рис.3. Навыки оказания помощи при одышке

Так же мы определили следующее: осуществляют сотрудники пульмонологического отделения подготовку пациента к инструментальным методам исследования (бронхоскопия, пункция, спирография) – 78% ответили, осуществляют, но не всегда – 21%, не осуществляют – 1%; обучают пациентов правилам сбора мокроты для исследования – 81%, не всегда – 14%, не обучают – 5%; обучают пациентов правилам пользования индивидуальным ингалятором – 89%, иногда обучают – 8%, не обучают, так как считают, что научатся самостоятельно – 3%; рассказывают пациентам о правилах ухода и обработки индивидуальной плевательницы – 75%, иногда объясняют – 3%, нет, так как обрабатывают самостоятельно – 22%; часто контролируют выполнение назначений врача пациентами – 97%, не всегда контролируют – 2%, не контролируют, так как считаю, что пациент сам должен быть заинтересован – 1%.

Заключительным вопросом мы попросили поделиться предложениями по улучшению качества оказываемой помощи. Расширить штат среднего медицинского персонала высказались – 8% опрошенных, постоянно повышать профессиональную грамотность и компетенции предложили – 69%, проводить анонимное тестирование пациентов, с целью повышения ответственности персонала к работе предложили – 23% респондентов.

На основании полученных данных мы предложили персоналу проводить профилактику заболевания среди населения. В первую очередь профи-

лактика направлена на ведение здорового образа жизни: отказ от вредных привычек и курения, избавление от лишнего веса при наличии его, правильное, рациональное и сбалансированное питание. Также в профилактику можно включить, проживание в экологически чистых регионах.

Необходимо регулярное занятие спортом, сейчас очень востребованы такие виды спорта, как: «Скандинавская ходьба», бег, плавание, лыжный спорт, катание на коньках, а также некоторые виды танцев, и другое.

Правила личной гигиены, также имеют большое значение в профилактике заболеваемости дыхательных путей.

Далее профилактика направлена на раннее выявление заболевания и своевременное обращение к специалисту за помощью. В этот период важно правильно провести диагностику, установить точный диагноз, затем назначить адекватное лечение.

Также в профилактику входит предупреждение осложнений, предотвращение перехода острого заболевания в хроническое, сокращение количество рецидивов, быстрое возвращение человека к нормальной жизнедеятельности, улучшение качества жизни. Главной мерой такой профилактики является, реабилитация пациента, в амбулаторных, стационарных или санаторных условиях.

Список литературы

1. Киселенко, Т. Е., Назина, Ю.В., Могилева, И.А. Болезни органов дыхания [Текст]: Т.Е. Киселенко, Ю.В. Назина, И.А. Могилева - Ростов-на-Дону: Феникс, 2019. - 288 с.

2. Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии: учебник [Текст]: / Л. И. Кулешова, Е. В. Пустоветова; под ред. В. В. Морозова. – Изд. 3-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2018. – 716 с.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ И РФ

Рудой Д.И.

*Научный руководитель – Белых И.В., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Туберкулез остается одной из самых актуальных медицинских и социально-экономических проблем. Эпидемическая обстановка с туберкулезом продолжает оставаться напряжённой. Показатели, характеризующие уровень организации противотуберкулёзной помощи, изменились неоднозначно: большинство улучшилось, другие стабилизировались или ухудшились. Ситуация по-прежнему вызывает тревогу за сохранность здоровья населения планеты.

Цель исследования: установить взаимосвязь вакцинации от туберкулеза и заболеваемости.

Для достижения данной цели исследования необходимо провести сравнительный анализ статистических данных вакцинации против туберкулёза и заболеваемости по Белгородской области и РФ за 2020-2022гг.

Материалом исследования послужили сведения о вакцинации и заболеваемости туберкулезом, предоставленные статистическим кабинетом ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского» (главный врач – Немцева Светлана Алексеевна), статистические данные из Областного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Белгородской области в 2022 году», отчёты и архивные данные ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Белгородской области в Старооскольском районе» (начальник территориального отдела управления Роспотребнадзора по Белгородской области - Межевых).

Туберкулез человека существует тысячи лет. Ни одна страна не избавлена от туберкулеза, который эндемичен в большинстве бедных стран мира. По оценкам ВОЗ, около трети нынешнего мирового населения инфицировано микобактериями без клинических проявлений, у 5-10% из которых на протя-

жении жизни инфекция разовьется в заболевание с соответствующими симптомами. Во всем мире насчитывается 16-20 миллионов больных туберкулезом, при этом число новых случаев заболевания ежегодно превышает 8 миллионов, а более 1.8 миллиона человек умирает от туберкулеза.

Основу борьбы с туберкулезом традиционно составляют ранняя диагностика и адекватное лечение больных туберкулезом легких, наблюдение за контактными лицами и вакцинация БЦЖ. Вакцина БЦЖ обеспечивает защиту детей от туберкулезного менингита и диссеминированной формы заболевания. Впервые вакцина БЦЖ была использована для вакцинации людей в 1921 году. После ее включения в 1974 году в Расширенную программу иммунизации ВОЗ глобальные показатели охвата ею в эндемичных по туберкулезу странах превысили 80%. В настоящее время вакцину БЦЖ ежегодно получают около 100 миллионов детей. Хотя вакцина БЦЖ является старейшей из используемых в настоящее время вакцин, она все еще вызывает полемику из-за противоречивых данных о ее эффективности.

В странах с высоким бременем туберкулеза все дети грудного возраста должны получить одну дозу вакцины БЦЖ как можно раньше после рождения. Поскольку острые побочные проявления при вакцинации БЦЖ встречаются крайне редко даже среди ВИЧ-позитивных младенцев без клинических признаков, все здоровые новорожденные должны быть вакцинированы БЦЖ даже в ВИЧ-эндемичных районах.

Лабораторная диагностика туберкулеза осуществляется с помощью следующих методов: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование свертывающей системы крови, бактериоскопическое исследование, бактериологическая диагностика туберкулеза, флюорографическое обследование органов грудной клетки.

Проба Манту или туберкулиновая проба — это специфический метод диагностики, позволяющий выявить факт инфицирования бактериями-возбудителями туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*, палочка Коха). Туберкулиновая проба применяется как средство массового обследования детей

в возрасте от 2 месяцев до 18 лет на туберкулез. Тест легко и дешево проводить, а результаты просто интерпретировать. У детей проба Манту может применяться при наличии симптомов, указывающих на туберкулезную инфекцию.

Диаскинтест — это такой иммунологический тест, при котором в кожу вводятся белковые аллергены (антигены) для выявления иммунного (интерферонного) ответа организма. Если ответ положительный, то, следовательно, иммунная система человека знакома с этими белковыми аллергенами. Это говорит о том, что человек либо инфицирован, либо находится в активной стадии болезни.

Наша исследовательская часть работы посвящена изучению проблемы профилактики туберкулеза в Белгородской области и Российской Федерации за 2020-2022 годы и влиянию вакцинации на заболеваемость туберкулезом за последние 3 года.

В своем исследовании мы использовали статистические данные, предоставленные «Центром гигиены и эпидемиологии в Белгородской области в Старооскольском районе» - начальник территориального отдела управления Роспотребнадзора по Белгородской области - Межевых.

В 2020 году смертность от туберкулеза в РФ составила 4,6 [случаев] на 100 тыс. населения, в 2021 году – 4,0 на 100 тыс. населения. В 2022 году смертность от туберкулёза снизилась до 3,8 человек на 100 тыс. населения. Смертность от туберкулеза в Белгородской области в несколько раз ниже, чем в РФ и составила в 2020 году 0,5 на 100 тыс. населения, в 2021 году – 0,5 на 100 тыс. населения. В 2022 году смертность от туберкулёза возросла до 0,6 на 100 тыс. населения.

В 2020 году заболеваемость туберкулезом в РФ составила 29,8 на 100 тыс. населения. В 2021 году показатель заболеваемости составил 30,9 на 100 тыс. населения. В 2022 году показатель заболеваемости составил 34,1 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2020 годом заболеваемость выросла на 12,6 %. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в целом по Российской

Федерации менее благополучная, чем в Белгородской области. В 2020 году заболеваемость туберкулезом в Белгородской области составила 10,5 на 100 тыс. населения. В 2021 году показатель заболеваемости составил 13,7 на 100 тыс. населения. В 2022 году показатель заболеваемости вырос до 15,2 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2020 годом заболеваемость выросла в 1.5 раза.

Высокая заболеваемость туберкулезом превышающая среднеобластной показатель, зарегистрирована на 13 административных территориях, в том числе в Волоконовском, Ивнянском, Корочанском, Краснояружском, Прохоровском, Ракитянском, Черняском районах, Грайворонском, Губкинском, Старооскольском, Шебекинском, Яковлевском городских округах. Одной из причин высокой заболеваемости туберкулезом на указанных территориях, является недостаточная работа общей лечебной сети по раннему выявлению больных туберкулезом всеми методами.

Туберкулез у детей возникает чаще всего непосредственно после контакта с источником туберкулезной инфекции, и, следовательно, показатель заболеваемости детей теоретически должен достаточно надежно отражать общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу. Дети чутко реагируют на изменение эпидемической ситуации по туберкулезу, а заболеваемость туберкулезом детей считается важным прогностическим показателем, отражающим сдвиги в эпидемической обстановке.

Из анализа статистических данных видим, что больше всего дети болеют в возрасте от 7 до 14 лет. За последние три года наблюдается охват вакцинацией новорожденных в роддоме в пределах 80%, кроме 2021 года, когда вакцинация составила 77,9%. Незначительное снижение показателей наблюдается преимущественно за счет медицинских противопоказаний к вакцинации (медотводов и отказов). Настороженность вызывают отказы от вакцинации. Отказ от вакцинации обоснован влиянием телевидения и различных форумов в интернете, в которых, как правило, совершенно не компетентные люди запугивают будущих мам. В итоге они стоят на перепутье и не всегда

способны сделать осознанный выбор. С 2019 года значительно возрос отказ от вакцинации, что можно объяснить начавшейся эпидемией Covid.

Несмотря на недостатки вакцины БЦЖ, ВОЗ по-прежнему рекомендует одну дозу БЦЖ новорожденным или как можно раньше после рождения в странах с высокой распространенностью туберкулеза.

Наиболее информативным методом в диагностике туберкулеза является иммунодиагностика: диаскинтест и проба Манту.

В Белгородской области и Российской Федерации вакцинация привела к снижению заболеваемости туберкулезом.

Список литературы

1. Бабаева, И. Ю. Проблемы диагностики и лечения диссеминированного туберкулеза легких у больных ВИЧ-инфекцией [Текст] / Туберкулез и болезни легких № 8. - С. 57-61. - Библиогр.: с.назв.).2020г
2. Государственный Доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022году».
3. <http://31.rospotrebnadzor.ru/dokumenty/gosudarstvennye-doklady/> (Интернет источник: Дата обращения 13.03.2024г).

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЗАВИСИМОСТИ МОЛОДЕЖИ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАДЖЕТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ

Рутковская А.Л., Ющук З.В.

Научные руководители – Скубанович Н.Г., преподаватель,

Слижикова Ю.А., преподаватель – психолог

учреждения образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П.Антонова», г. Витебск, Республика Беларусь

Современный мир сложно представить без гаджетов: компьютеров, мобильных телефонов, планшетов, ноутбуков, электронных книг, «умных» часов, беспроводных наушников и т.д.

Мы работаем, общаемся, знакомимся, играем, делимся своими мыслями. А где тонкая грань между простым использованием и серьезной зависимостью? Особенно интернет- и гаджет- зависимость распространена среди молодых людей. Этим обусловлена актуальность исследовательской работы.

В Республики Беларусь, в отличие от Западных стран, отсутствуют глубокие исследования в этой области в силу относительной новизны феномена «гаджет-зависимости».

Цель исследования-изучить, какую роль играют гаджеты в жизни учащихся и слушателей отделения повышения квалификации УО «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова».

Задачи исследования:

1. Раскрыть понятие «гаджет-зависимость», дать ее характеристику, выявить причины возникновения.
2. Провести анкетирование на выявление гаджет-зависимости.
3. Провести опрос на определение отношения учащихся и слушателей к ограничению в использовании гаджетов.
4. Провести эксперимент «День без гаджета».
5. Проанализировать результаты исследования.
6. Составить рекомендации по решению проблемы «гаджет-зависимости».

Объект исследования: учащиеся и слушатели УО «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова».

Предмет исследования: проблема гаджет-зависимости среди учащихся и слушателей (на примере зависимости от использования смартфонов).

Гипотеза: мы предполагаем, что современные молодые люди не могут обходиться без гаджетов, некоторые из них подвержены гаджет-зависимости.

Методы исследования: анкетирование, опрос, эксперимент, анализ данных, изучение литературных источников.

Приведем толкование основному понятию нашей исследовательской работы.

Гаджет – небольшое техническое устройство, которое при помощи стандартного интерфейса может быть подключено к другим устройствам, например, компьютерам, или выполняет сразу несколько функций.

Гаджеты широко распространены в самых разных сферах: в спорте (фитнес-трекеры, смарт-браслеты, спортивные девайсы, в том числе и «умная» одежда), медицине (электронные пластыри, экзоскелеты и др.), сфере развлечений (смартфоны, планшеты, mp3-плееры, игровые приставки, очки виртуальной реальности).

В своём исследовании особое внимание уделяем использованию учащимися и слушателями колледжа смартфонов, так как они давно уже превратились в популярнейшие и необходимые гаджеты.

Влияние гаджетов на человека

Существуют как положительное, так и отрицательное влияние гаджетов на человека. Положительные и Отрицательные стороны влияния представлены на слайде.

Влияние гаджетов на жизнь пользователя прямо пропорционально его внутреннему стержню и уровню развития – думающее общество в состоянии остановить движение по отрицательной траектории.

Заболевания вызванные гаджетами: угревая сыпь и дерматит. Боли в спине и шее. Ухудшение зрения и слуха. Головные боли и нарушение сна. Ожирение.

Психические расстройства: нарциссические расстройства. Синдром фантомного звонка. Номофобия. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. Снижение умственных способностей.

Западные исследователи выявили среди подростков особую форму психической и психологической зависимости – гаджетоманию, или гаджет-аддикцию.

Треть участников (34%) онлайн-опроса GfK, проведенного в 17 странах мира твердо убеждены, что «временно отказаться от использования гаджетов им будет сложно, даже при необходимости». Зависимость от гаджетов одинаково проявляется как среди мужчин, так и среди женщин.

В Беларуси о подобных исследованиях ничего не известно, но тревожные весточки о том, что молодежь не расстается с гаджетами всё свободное время проводят в Сети, наводят на размышления. Что касается отдельных стран, то Китай лидирует по доле (43%) онлайн-респондентов, которым сложно сделать перерыв в использовании гаджетов. Напротив, в Германии, самая большая доля (35%) спокойно могут отложить на время свои гаджеты. Во многих странах уже ввели или собираются ввести запрет на использование гаджетов в течение учебного дня.

Филиппины – одна из первых стран, где ввели табу на использование цифровых устройств на территории школ. В 1999 году был издан приказ о запрещении пользования сотовыми телефонами и пейджерами во время школьных занятий. С 2003 года был распространен полный запрет на все категории цифровых средств, используемых школьниками.

В Беларуси с сентября 2022 года введен государственный школьный стандарт. В правилах школьного стандарта прописано, что учащиеся должны перед началом занятий оставлять мобильные телефоны в специально отведенных для этого местах.

Во время урока пользоваться мобильниками, музыкальными колонками, игровыми устройствами без разрешения педагогов нельзя.

В МКБ-11 разные формы зависимости от интернета будут классифицироваться как болезни. Но уже сегодня многие клиники, в том числе и в Витебске, предлагают разные варианты лечения от интернет и игровой зависимости.

С помощью гаджетов можно оплачивать счета и онлайн-покупки, заказывать еду, общаться с друзьями и родственниками, узнавать самые свежие новости. Однако чрезмерное использование гаджетов часто становится настоящей проблемой, превращая человека из владельца смартфона в его раба.

Для практического изучения проблемы гаджет-зависимости применительно к учащимся и слушателям были составлены анкеты и проведено исследование. Цель анкетного опроса – узнать, какую роль играют гаджеты в жизни людей, имеется ли у них зависимость. В анкетном опросе приняли участие 190 учащихся и слушателей. Возраст респондентов от 17 до 60 лет, из которых 75% – в возрасте от 17 до 19 лет.

Рейтинг наиболее используемых гаджетов открывает смартфон (85%), на втором месте планшеты (33%), на третьем – электронная книга (5%). На вопрос: «Сколько часов в день Вы проводите с гаджетами?», 8 человек ответили – «2-3 часа в день и меньше». На вопрос: «С какой целью вы используете гаджеты?» 106 человек – «для учёбы, поиска информации». На вопрос: «Можете ли Вы быстро вникнуть в учебный процесс после использования гаджета?», только 17 человек дали положительный ответ. На вопрос: «Можете ли Вы выполнять домашнюю работу, не обращая внимания на только что пришедшее сообщение?», только 30% дали утвердительный ответ.

Было интересно узнать, способны ли сами учащиеся и слушатели осознать свою зависимость. Таким образом, проведенное исследование показало, что по ряду признаков 44% опрошенных подвержены гаджет-зависимости (зависимости от смартфонов) и частично это осознают. Но не признают, что

это серьезная психологическая зависимость. Многие из них утверждают, что таковы реалии современного мира, где без постоянного доступа к информации нельзя оставаться прогрессивным, невозможно добиться успеха.

Для того, чтобы выяснить, как гаджеты влияют на эмоциональное состояние учащихся и слушателей, нами проведён эксперимент под названием «Цифровая пауза».

Участникам предлагалось провести весь день (это был выходной), занимаясь любыми делами, не используя смартфон. В эксперименте согласились принять участие 44 добровольца в возрасте 17 – 60 лет.

После эксперимента участникам было задано ряд вопросов. Ниже представлены выводы по ним.

-Не все участники исследования прошли эксперимент до конца. Завершили его только 18 человек.

-48% респондентов наблюдали такие эмоции, как беспокойство, чувство пустоты и нехватки информации, дискомфорт, скуку. Эти симптомы исчезли при возобновлении использования мобильного телефона.

-52% респондентов, наоборот, ощущали спокойствие, уверенность в себе.

При ответе на вопрос «Чем вы занимали себя вместо использования гаджета?» участники эксперимента отметили, что в этот день больше времени уделяли чтению, готовились к занятиям, гуляли по городу с друзьями, занимались домашними делами, работали на даче, больше отдыхали, занимались любимыми делами, на которые раньше не хватало времени.

На основании полученных результатов эксперимента и анкетирования можно сделать вывод о том, что современная молодежь и люди чуть старше понимают пользу и вред от частого использования гаджетов. В то же время они не представляют свою жизнь без гаджетов как средства общения, поиска информации и развлечений.

Разработчики приложений и социальных сетей признают тот факт, что, создавая свои программы, они используют бреши в психологии людей. Так,

лайки компенсируют недостаток любви и внимания людям с заниженной самооценкой, а механизм прокрутки бесконечной ленты – это ловушка, которая заставляет нас проводить больше времени в соцсетях.

В настоящий момент разрабатывается программа «Управляй собой» по профилактике гаджет-зависимости. Программа включает в себя такие формы работы как тренинги, квест-игры, интеллектуальные турниры и выпуск информационных буклетов. Данные мероприятия помогут учащимся переосмыслить «общение» с гаджет-устройствами и разнообразить свой досуг.

Необходимо помнить, что мы управляем своими устройствами, а не наоборот.

ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Рыбина Е.А.

*Научный руководитель - Головач О.В., преподаватель
Медицинский колледж ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В последние десятилетия особенно остро стоят проблемы, связанные с экологией. Вырубка лесов, загрязнение мирового океана, изменение климата - все это является последствием деятельности человека. И одной из самых значимых проблем экологии являются тяжёлые металлы. Они загрязняют сразу все слои биосферы, оседают в почвах, скапливаются в воде, воздухе и продуктах питания.

Тяжёлые металлы - это ряд элементов, отличающихся высокой плотностью (выше 5 г/см³) и молекулярной массой (более 5 атомных единиц) [5]. Присутствуя в живых организмах в ничтожно малых концентрациях, они выполняют важные функции, активно участвуют в различных процессах и даже входят в состав ферментов. Но присутствие их в высоких концентрациях делает их чрезвычайно вредными. Многие же из них даже в небольших количествах очень токсичны. Они способны накапливаться в тканях, почках, печени, вызывая серьезные физиологические нарушения, токсикоз, аллергию, онкологические заболевания, отрицательно влияют на генетическую наследственность [2, с.7].

Скапливаясь в определенных местах, таких как почва, вода и атмосфера, они могут негативно влиять на функционирование живых организмов, которые подвергаются их воздействию при попадании внутрь загрязнённой воды или пищи. Кроме того, они способны накапливаться и в самих организмах, включаясь в метаболический цикл. К тяжёлым металлам можно отнести около 50 элементов, среди которых хром, железо, свинец, олово, медь, цинк, марганец, никель... 17 из них очень токсичны, причем встретить в природе их можно довольно часто. Степень токсичности металла зависит не только от

него самого, но и от организма, на который он воздействует. Самыми опасными считается кадмий, свинец, ртуть и мышьяк. [1, с. 102]

Источники тяжёлых металлов можно разделить на техногенные и природные. К первым относится вулканическая деятельность и выветривание, ко вторым - деятельность человека. Оба они вызывают загрязнение окружающей среды, поскольку тяжёлые металлы накапливаются в воде и почве. В первую очередь страдают гумусовые горизонты. На то, чтобы они полностью исчезли из почвы, нужно очень много времени. А поскольку многие тяжёлые металлы имеют непостоянную валентность, их миграция зачастую происходит в органоминеральной составляющей [4, с. 7]. Кадмий, ртуть, свинец и мышьяк входят в число опаснейших тяжёлых металлов.

Самый главный источник загрязнения свинцом - выхлопные газы автомобилей. Как правило, две трети свинца, содержащегося в бензине, при сгорании выделяются в атмосферу. Кроме того, важное место занимают электростанции и некоторые печи - в частности, те, которые работают на угле. Они также выделяют свинец. Накапливаются в рыбе и морепродуктах, консервах.

Токсическая доза – 1 мг, летальная – 0,5 г. Поступая в организм, свинец крепится к поверхности эритроцитов, вместе с ними разносясь по тканям ЦНС, печени и почек. Большая часть вещества откладывается в костях. Между ионами свинца и центрами образования ферментов возникают связи, из-за чего блокируется выработка гексокиназы, глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы. Все это приводит к серьезным нарушениям цикла трикарбоновых кислот [3, с. 81].

Хронический контакт со свинцом может происходить из-за использования недостаточно хорошо обожжённой керамической посуды, в эмали которой содержится свинец, а также при употреблении загрязнённой воды. В зоне риска находятся люди, работающие на производстве свинцовосодержащих продуктов - красок, резины, стекла и т. д, сварщики и слесари [5]

Основными источниками загрязнения окружающей среды кадмием являются промышленные отходы, а также выбросы различных предприятий. Основная масса приходится на металлургические производства, сжигание различных видов топлива. Кроме того, большую роль в распространении кадмия играет сельскохозяйственная сфера, производящая удобрения. Очистить почву от кадмия очень непросто, он накапливается в ней и вредит человеку и животным, попадая в их организмы в основном через растительную пищу. [4, с. 43] Накапливается в: стручковый растениях, грибах, рыбе, почках животных, фруктах и овощах.

В организм человека кадмий поступает двумя способами - через пищу и через воздух. В первом случае получаемая доза вещества равна 10-50 мкг, во втором - 0,1-0,8 мкг. Богаты кадмием культуры, выращенные на почвах с высоким его содержанием - такие встречаются у загрязнённых рек. Курение - как активное, так и пассивное, когда человек случайно вдыхает дым курящего - также является одной из причин интоксикации. Так, в лёгких курильщика концентрация кадмия в 7,5 раз больше, чем в лёгких некурящего. Профессиональный контакт с кадмием также может вызвать хроническое отравление. Этим зачастую страдают люди, работающие на предприятиях по добыче меди, цинка, свинца, а также производствах химической, металлургической и лакокрасочной промышленности. Туда же относятся сварщики и ювелиры.

В организме кадмий блокирует белки сульфгидрильные группы и таким образом нарушает метаболизм. Он активизирует некоторые ферменты, такие как дегидратазу ДАЛК, триптофан диоксигеназу, карбоксипептидазу. В тканях и органах он присутствует, как правило, в свободном виде, хотя встречается также и в связанном. Способен инициировать развитие почечного тубулярного ацидоза, способствует таким заболеваниям, как: остеомаляция, пневмофиброз, цианоз. Из-за кадмия кости становятся хрупкими, поскольку он «вымывает» из них кальций.

Еще один из тяжелых металлов мышьяк, оказывает сильнейшее негативное влияние на: дыхательную, пищеварительную, нервную и сердечно-сосудистую систему.

Катион As^{3+} блокируют пируватдегидрогеназу, из-за чего происходят гликолитические процессы, снижается ресинтеза аденозинтрифосфата и образование щавелевоуксусной кислоты. Все это в итоге приводит к ослаблению специфической резистентности мембран эритроцитов. Что касается катиона As^{5+} , в биохимических реакциях он может заменять собой фосфор. Таким образом вместо одного вещества, трифосфоглицерата, синтезируется другое, 1-арсено-3-фосфоглицерат, не способное принимать участие в образовании АТФ. Это приводит к нарушению внутриклеточных процессов [3, с. 64]

Хроническое отравление кадмием встречается у работников сельскохозяйственных и деревообрабатывающих предприятий, а также людей, занимающихся опрыскиванием полей средствами, содержащими мышьяк. Часто это случается по вине самих рабочих - из-за пренебрежения техникой безопасности и отказа от использования средств защиты дыхания.

Последствиями отравления мышьяком может быть снижение работоспособности, потеря слуха, кома, острая почечная недостаточность, различные онкологии [6].

Ртуть и ее соединения воздействуют на: нервную, пищеварительную и дыхательную систему.

Попадая в организм, ртуть блокирует сульфгидрильные группы ферментов, полностью или частично нарушая их функции. Это приводит к нарушению синтеза белков и клеточных РНК. Это оказывает большое влияние на почки и печень, а также центральную нервную систему. В них возникают некротические процессы. Кроме того, длительный контакт с ртутью негативно влияет на щитовидную железу и сердце [3, с. 44].

От хронического контакта со ртутью в основном страдают люди, живущие недалеко от химических производств, которые загрязняют водоемы и обитающую там рыбу. Кроме того, хроническое отравление также можно по-

лучить в лабораториях при работе с реактивом Неслера, при изготовлении сплавов и при переработке вторичного сырья [3, с. 47].

При отравлениях тяжелыми металлами пострадавшим незамедлительно должна быть оказана медицинская помощь. В основном это зондовое очищение желудка с использованием активированного угля. В редких случаях, при серьезных дыхательных нарушениях, при отравлении кадмием, больного переводят на искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ) [3, с. 69].

Тяжелые металлы накапливаются в нашем организме в течении жизни в костях, мышцах, органах, крови, меняя работу организма в целом. Загрязнение тяжелыми металлами можно уменьшить благодаря тщательному контролю производств, их отходов, уменьшению выбросов в атмосферу, в почву. Совершенствованию способов очистки, сооружению очистительных сооружений. Ведь вкладывая деньги во все это мы заботимся, прежде всего, о состоянии нашей земли, о нашем здоровье и здоровье будущих поколений.

Список литературы

1. Денисова В.В., Таланова В.М., Общая и неорганическая химия: учебное пособие / Под ред... - Рн/Д: Феникс, 2018.
2. Мудрый И.В. Тяжелые металлы в окружающей среде и их влияние на организм / И, В. Мудрый, Т.К. Короленко // Врачебное дело. – 2002. - №5, 6, с. 6-9
3. Никифорова, Л.О. Влияние тяжелых металлов на процессы биохимического окисления органических веществ / Л.О. Никифорова. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2017
4. Старожилов В. Т., Эколого-геохимические изменения ландшафтов при загрязнении почв дальневосточных городов тяжелыми металлами: Учебное пособие.: моногр. / Старожилов Валерий Титович. - Москва: Мир, 2009
5. Справочник по элементарной химии – изд.2 / А.Т. Пилипенко – Киев «Наукова думка». 1978. – 550 с.
6. <https://chem.ru/myshjak.html>

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Рымарчук В. А.

*Научный руководитель - Шенцева И. Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

«Сахарный диабет - это хроническое эндокринное заболевание, сопровождающееся повышенным уровнем глюкозы в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита гормона поджелудочной железы инсулина, и/или вследствие уменьшения чувствительности к нему клеток - мишеней организма» [1, с. 1].

Как мы все знаем, здоровый образ жизни является основой всего, и профилактики различных заболеваний и их лечения. Здоровый образ жизни, необходимо вести на протяжении всей жизни, но многие этим пренебрегают и начинают его придерживаться, только столкнувшись с каким-то заболеванием. Сегодня пойдёт речь, про связь здорового образа жизни и сахарного диабета. Если на данный момент, ещё не придумали полного излечения от этого заболевания, то с помощью здорового образа жизни, можно сделать течение сахарного диабета более комфортным, а также предотвратить множество осложнений.

Не зря говорят, «сахарный диабет-не болезнь, а образ жизни». Так как при сахарном диабете, просто необходимо правильно питаться, регулярно заниматься умеренной физической нагрузкой, организовывать режим сна и активности. Все эти действия помогут болеющему сахарным диабетом, избежать последствий.

Более детально рассмотрим, каждый пункт здорового образа жизни. У больных сахарным диабетом, нарушен углеводный обмен. Поэтому им очень важно обращать внимание, на количество съеденной еды. Для этого придумана специальная единица измерения, а именно хлебная единица.

«Хлебная единица — условная единица, разработанная немецкими диетологами, используется для приблизительной оценки количества углеводов

в продуктах: одна ХЕ равна десяти (без учёта пищевых волокон) или двенадцать грамм (с учётом балластных веществ) углеводов или 20 (25) грамм хлеба» [2, с. 4].

Посчитав хлебные единицы, больной диабетом рассчитывает количество инсулина, который приходится на данный приём пищи. Во время приёма пищи отдавайте предпочтение сложным углеводам.

А также, немало важно не пропускать приёмы пищи. Чтобы не допускать состояния гипо и гипергликемии.

Вторым пунктом здорового образа жизни является – физическая активность. Людям с сахарным диабетом, показана именно умеренная нагрузка. Так как переутомившись, может развиться, как уже говорилось выше, состояние гипогликемии.

Стоит выбирать спокойные виды спорта, такие как: плавание, теннис, танцы и так далее. А ограничить придётся, подъем тяжестей и агрессивные виды спорта. Какая бы активность не была, главным фактором является контроль сахара и своего состояния. Не стоит лениться лишней раз во время тренировки измерить уровень глюкозы.

Вредные привычки и для здорового человека, очень пагубно влияют на его организм. А для больного сахарным диабетом, это лишней риск развития осложнений. Осложнения при сахарном диабете, к сожалению, затрагивают многие системы и органы. Так, к примеру, продолжая курить при сахарном диабете, с каждым днём повышается риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. А употребляя алкоголь, и вовсе можно упустить прикоматозное состояние, так как спиртные напитки снижают уровень сахара в крови и при опьянении человек, в принципе теряет контроль над своим телом.

Придерживаясь, всех этих на мой взгляд, несложных правил вы облегчите себе жизнь и течение заболевания. Чтобы придерживаться всех пунктов здорового образа жизни, нужно понимать всю серьёзность заболевания сахарного диабета и к чему может привести пренебрежение правилами.

Выбор остаётся за вами, ну куда легче предотвратить развитие осложнений, чем бороться с ними. Приспособившись, к здоровому образу жизни, сахарный диабет не будет помехой, для привычной жизни. Вы также сможете работать, проводить время с друзьями и семьёй, отдыхать. Просто вам нужен будет более строгий подход к образу жизни.

«Соответственно, здоровый образ жизни, по определению ВОЗ, представляет собой "оптимальное качество жизни, определяемое мотивированным поведением человека, направленным на сохранение и укрепление здоровья, в условиях воздействия на него природных и социальных факторов окружающей среды»» [1, с.1].

Поэтому, пациентам с сахарным диабетом мы можем сказать следующее: «Найдите в себе мотивацию и осознанность, чтобы ваша жизнь с сахарным диабетом, кардинально не изменилась, а осталась такой же яркой и красочной! Здоровый образ жизни и дисциплина превыше всего»!

Список литературы

- 1.Здоровый образ жизни - путь к долголетию. / [Электронный ресурс] // Роспотребнадзор: [сайт]. — URL: <https://www.fbuz04.ru/index.php/deyatelnost/zdorovyj-obraz-zhizni/zdorovyj-obraz-zhizni-pri-sakharnom-diabete>
- 2.Хлебная единица / [Электронный ресурс] // Википедия: [сайт]. — URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Хлебная_единица.

УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Рябинина М. А.

*Научный руководитель - Панарина О. А., преподаватель
БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж», г. Орел*

Рак шейки матки – злокачественная опухоль, развивающаяся обычно в зоне перехода многослойного плоского эпителия влагиалищной порции шейки матки в однослойный цилиндрический эпителий шеечного канала (зона переходного эпителия) [4]. По данным ВОЗ рак шейки матки является одной из самых смертоносных и наиболее легко предотвратимых форм рака женщин в мире. Большинство женщин, особенно в развивающихся странах, умирают от рака шейки матки в расцвете сил. Они могли бы растить детей, заботиться о своих семьях, вносить вклад в социальную и экономическую жизнь своего города или деревни. Их смерть — не только личная трагедия, но и тяжелая и неоправданная потеря для их семей и общества. Неоправданная, поскольку убедительно доказано, что при условии своевременного выявления и эффективного лечения рак шейки матки — одно из наиболее успешно предупреждаемых и излечиваемых злокачественных новообразований [5].

Объект исследования: рак шейки матки. **Предмет исследования:** деятельность медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при раке шейки матки. **Целью учебно-исследовательской работы** является изучение деятельности медицинской сестры в профилактике, диагностике и лечении пациентов с раком шейки матки. Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**: проанализировать данные научной литературы о раке шейки матки; выявить эффективные методы профилактики, диагностики и лечения, роль медицинской сестры на всех этих этапах; провести анализ статистических данных по раку шейки матки в России; разработать памятки по профилактике и лечению рака шейки матки для женщин различных возрастных групп.

Методы исследования: теоретический (анализ, синтез, обобщение информации); эмпирический (изучение деятельности медицинской сестры); метод обработки и интерпретации данных (сравнительный и статистический анализ). **Практическая значимость:** практические рекомендации для медицинских сестер и пациентов можно применять в ЛПУ нашего города. **База исследования:** анализ данных МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

Распространённость злокачественных новообразований шейки матки в России за период 2011-2021гг. (численность контингента больных на 100 тыс. населения): в 2011 г.-113,1; в 2018 г. - 123,7; в 2019 году – 126,8; в 2020 г. – 128,4; в 2021 г. – 126,7. По этим данным можно сделать вывод о том, что отмечается рост распространенности рака шейки матки, начиная с 2011 года по 2020 год. Рост данного показателя обусловлен как ростом заболеваемости и выявляемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных. Однако в 2021 году мы видим снижение этого показателя, что может свидетельствовать о том, что произошло повышение онкологической настороженности, как медицинских работников «первичного звена», так и женского населения.

Далее мы проанализировали показатели диагностики рака шейки матки.

Таблица 1. Показатели диагностики злокачественных новообразований, выявленных в 2020 г. Территория: Россия

Локализация опухоли	Код МКБ 10	Зарегистрировано ЗНО (без учт. смертно)	из них						Летальность на первом году с момента уст. диагноза, %
			диагноз подтвержден морфологически, %	имели стадию заболевания, %					
				I	II	III	IV	не установлена	
Злокачественные	C00-96	517674	94,4	30,7	25,6	17,8	21,2	4,7	20,6

новообра- зования - всего									
Шейка мат- ки	C53	15172	98,9	37, 7	27, 8	23, 8	9,8	0,9	12,6

По данным таблицы можно сделать вывод о том, что диагностика на ранних стадиях выше, чем на поздних, что говорит об эффективности развития технологий профилактики, как всех онкологических заболеваний, так и в частности рака шейки матки. Однако процент летальности остается по-прежнему высоким.

Деятельность медицинской сестры в профилактике рака шейки матки начинается с работы в детских поликлиниках и школах. Ведение просветительской работы с детьми и подростками о важности здорового образа жизни для поддержания иммунитета: режиме сна, полноценном питании, занятиях спортом, отказе от вредных привычек, гигиене половой жизни, своевременном обращении к врачу и лечении воспалительных заболеваний. Медицинская сестра отделения профилактики в поликлинике и женской консультации участвует в информировании о важности прохождения ежегодного скрининга на РШМ всем женщинам через 3 года после начала половой жизни (но не позже 21 года). Так же, при профилактических осмотрах в смотровом кабинете поликлиники, например, могут выявить предопухолевые (фоновые) заболевания. Для рака шейки матки это такие, как эктропион, псевдоэрозия, истинная эрозия, простая форма лейкоплакии, дисплазии, возникающие в области фоновых процессов или на неизменной шейке матки, лейкоплакия с явлениями атипии, эритроплакия, рецидивирующий полипоз. Контроль и лечение этих заболеваний полностью избавит женщину от онкологии шейки матки. Согласно рекомендациям Противоракового общества России нужно разъяснять родителям детей и подростков о существовании вакцинации от вируса ВПЧ, о степени вероятности и возможных последствиях инфицирования этим вирусом. Для проведения просветительской работы была разрабо-

тана памятка по профилактике рака шейки матки. **Профилактические меры включают в себя следующее:** регулярное цитологическое исследование мазка шейки матки (Пап-тест) и вакцинация против ВПЧ. Ограничение курения. У курящих женщин риск развития клеточных аномалий, которые могут переродиться в рак шейки матки, выше, чем у некурящих. Рациональное питание.

Так же в процессе работы над темой были выявлены наиболее часто встречаемые проблемы пациентов во время лечения данного заболевания и методы решения этих проблем. В помощь пациентам и медицинским сестрам онкологических диспансеров были разработаны следующие методические материалы: рекомендации по питанию после операции, рекомендации для МС по уменьшению тошноты и профилактики стоматита и сценарий беседы с пациенткой перед лучевой терапией [1].

Организм пациента **после операции** требует пополнения минеральными веществами, различными микроэлементами, которые находятся в овощах и фруктах: картофель, помидоры, белокачанная капуста, яблоки, облепиха, шиповник, черноплодная рябина [4].

Для уменьшения тошноты при приеме противоопухолевых препаратов пациентка можно порекомендовать делать дыхательную гимнастику на свежем воздухе (на балконе или при открытом окне); рассасывать перед завтраком кусочек льда, ломтик замороженного лимона, кислые ягоды; принимать пищу небольшими порциями и избегать приема пищи непосредственно перед введением препарата.

Еще одним неприятным следствием приема некоторых противоопухолевых препаратов является **стоматит**. Мерами его профилактики являются: полоскать рот зубным эликсиром; смазывать губы жирной помадой; охлаждать слизистую полости рта кусочком льда; избегать раздражения полости рта острой пищей, горячими, кислыми и солеными продуктами, а также овощами и фруктами с высоким содержанием кислот (помидоры, грейпфруты,

лимоны, кислые сорта яблок); полоскать полость рта после приема пищи настоями ромашки, шалфея, коры дуба, зверобоя.

Во время курса лучевой терапии (и за 7-8 дней перед его началом) необходимо следовать следующим рекомендациям: хорошо есть и пить много жидкости; не курить и не употреблять спиртное; одежда не должна прилегать плотно к области облучения; нельзя носить синтетику и шерсть; на облучаемой области нельзя использовать косметику, мыло, крема, дезодоранты и прочее; запрещено тереть, охлаждать, греть участок облучения[5].

И в заключении хотелось бы отметить, что необходимы согласованные и координированные усилия, направленные на повышение осведомленности женщин о программах скрининга, целью которых являются профилактика и выявление рака шейки матки на ранней стадии.

Список литературы

1. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра: приказ Минздрава РФ от 6 декабря 2012 г. № 1011н // Собрание законодательства РФ. — 2011. — № 48. — ст. 6724.
2. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю онкология: приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 г. № 915н // Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, ст. 3446).
3. О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации: приказ от 23.09.2003 г. №455 // Руководство по первичной медицинской помощи. — 2006. — с. 294-296.
4. Агеенко, А.И. Новая диагностика рака. Теория. Диагностика. Лечение. Реабилитация . - М.: Медицина XXI, 2007.- 407с.
5. Ганцев, Ш. Х. Онкология: учебник для студентов медицинских вузов. — М:МИА, 2013. — 488с.

СОН СТУДЕНТА КОЛЛЕДЖА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЕГО ЗДОРОВЬЕ

*Садыков В.В., Хващинский Е.В., Шевченко Н.А.
Научные руководители - Кириченко И.Я., Окунская Т.В., преподаватели
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Сон – это периодически возникающее состояние, подверженное циркадному ритму и проявляющееся изменением активности головного мозга и реакции на раздражители. Сон является важной составляющей полноценной жизни каждого человека, а его количество и качество во многом определяют состояние здоровья.

Для того чтобы выжить, люди помимо пищи, воды и кислорода нуждаются в регулярном сне. Мы тратим около одной трети нашей жизни на сон, при этом количество и качество сна во многом определяют состояние нашего здоровья.

Сон - это периодически возникающее состояние, подверженное циркадной ритмической активности, проявляющееся изменением активности головного мозга и изменением реакции на раздражители. По сравнению с состоянием бодрствования сон характеризуется меньшей восприимчивостью к внешним стимулам. Он легко обратим, т. е. возврат к бодрствованию происходит быстро, в отличие от состояния потери сознания или комы.

Актуальность. Сон является одним из трех основополагающих факторов, наряду с питанием и физической активностью, определяющих образ жизни человека. Многие показатели метаболизма существенно изменяются после засыпания по сравнению с периодом бодрствования. Поэтому качество сна во многом влияет на показатели здоровья человека.

Из характеристик сна наиболее значимыми для здоровья являются продолжительность сна и его качественные характеристики.

Потребность во сне зависит от возраста и несколько отличается у разных людей. Время сна можно считать оптимальным, если нет дневной сонливости и бодрость сохраняется в течение дня. При этом очень важно, чтобы

на каждую фазу сна приходилось достаточно времени, особенно глубокого медленного сна и быстрого сна. Доказано, что продолжительность медленно-волнового (глубокого) сна обратно пропорциональна индексу массы тела (ИМТ) и окружности талии, т.е. чем меньше период глубокого сна, тем больше риск ожирения.

В фазу быстрого сна активность мозга так же высока, как и во время бодрствования. В это время дыхание становится более быстрым и нерегулярным, частота сердечных сокращений и артериальное давление увеличиваются до уровня, характерного для бодрствования, в крови значительно увеличивается уровень кортизола. Поэтому от полноценности фаз сна зависит волновая активность мозга и стабильность работы сердечно-сосудистой системы.

В среднем взрослый человек нуждается в 8 часах сна в сутки – это оптимальная длительность сна. По данным прикладных исследований, примерно 5% населения достаточно менее 6 ч, чтобы выспаться, а еще 6-10%, наоборот, нуждаются в продолжительном сне – 9 ч и более.

Депривации сна (снижения его продолжительности) вследствие неправильного образа жизни, как и употребление кофеин-содержащих напитков во второй половине дня могут нарушать процессы засыпания. По некоторым оценкам, 80% населения земного шара в настоящее время нуждается в будильнике, чтобы просыпаться каждое утро. Все это способствует снижению продолжительности сна и развитию метаболических нарушений в организме.

Уменьшение продолжительности сна ассоциировано с набором веса и развитием ожирения, что связывают с увеличением потребления калорий, возникающих на фоне ограничения сна, когда возникает ряд гормональных, метаболических и поведенческих изменений, приводящих к увеличению потребления пищи. Нарушается секреция таких гормонов, как лептин и грелин, которые регулируют аппетит и чувство голода. У людей уровни лептина обычно низкие во время бодрствования и повышаются во время ночного сна. Лишение сна приводит к снижению секреции лептина и чувствительности к инсулину, что является прямым фактором риска развития сахарного диабета

2 типа (СД2). Кроме того, депривация сна также увеличивает секрецию грелина, который высвобождается из желудка и вызывает ощущение голода.

Учеными доказано, что сокращение продолжительности сна увеличивает риск метаболических нарушений, поскольку: повышает аппетит; увеличивает суточную калорийность питания на 300-500 калорий и потребность в жирной, соленой и высокоуглеводной пище; приводит к нерегулярному приему пищи и частым перекусам; ассоциировано с сокращением потребления овощей. Всё это может способствовать возникновению или ухудшению течения хронических неинфекционных заболеваний.

Продолжительность сна снижается при инсомнии – расстройстве сна, которое проявляется в виде трудности с засыпанием, пробуждением в ночное время и проблемой с повторным засыпанием, пробуждением слишком рано утром, чувством усталости после пробуждения. Доказано, что бессонница ассоциирована с повышенным риском развития СД2.

К метаболическим расстройствам ведет как недостаток сна, так и его избыток. Риск нарушений обмена веществ повышается у тех, кто спит более 9 часов, а чрезмерная дневная сонливость является одной из причин повышения ИМТ, увеличивая риск ожирения [1].

Цель исследования: изучить качественные и количественные характеристики сна у студентов медицинского колледжа.

Объект исследования: студенты младших и старших курсов медицинского колледжа.

Предмет исследования: показатели сна студентов младших и старших курсов медицинского колледжа.

Задачи исследования:

4. Изучить источники научной литературы по проблеме исследования.
5. Провести социологическое исследование качественных и количественных характеристик сна студентов, которые могут оказать влияние на состояние здоровья, по специально разработанной анкете.

б. Проанализировать результаты и разработать рекомендации по снижению негативного влияния выявленных показателей сна на здоровье респондентов.

Гипотеза исследования: у респондентов могут наблюдаться депривации сна, являющиеся модифицированными факторами риска здоровью.

Методы исследования: контент-анализ, анкетирование, статистическая группировка и обработка данных, сравнительный анализ.

Научная новизна исследования: впервые у студентов младших и старших курсов медицинского колледжа определены характеристики сна, которые могут оказать негативное влияние на состояние их здоровья.

Практическая значимость исследования: результаты исследования могут быть использованы для коррекции факторов риска здоровью.

Социологическое исследование качественных и количественных характеристик сна было проведено методом анкетирования среди студентов медицинского колледжа. В исследовании на анонимной и добровольной основе приняли участие 20 студентов 1 курса и 30 студентов 3 и 4 курсов, суммарно – 50 человек.

Результаты анкетирования представлены в таблице (см. приложение).

Анализ полученных данных у опрошенных студентов 1 курса показал, что все они (100%) используют гаджеты поздно вечером или перед сном и нуждаются в будильнике, чтобы просыпаться каждое утро, испытывают чувство усталости после пробуждения; большинство из них спят менее 6 ч, ложась спать после полуночи (60%), отмечают трудности с засыпанием 25%, глубокий сон - 65%, - просыпаются утром с трудом 55% респондентов.

Сонливость днем отметили 90% опрошенных, причем 40% даже спят днем. Не принимают кофеинсодержащие напитки во второй половине дня только 30% респондентов, едят поздним вечером или в ночные часы - 90%.

Половина опрошенных студентов 1 курса оценили качество сна как удовлетворительное, 30% посчитали его отличным, а 20% - как плохое.

Анализ ответов студентов 3-4 курсов показал, что подавляющее боль-

шинство (96,7%) используют гаджеты поздно вечером или перед сном и нуждаются в будильнике, чтобы просыпаться каждое утро; 30% спят менее 6 ч и 63,3% – 6-8 ч; ложатся спать после полуночи 33,3%; испытывают чувство усталости после пробуждения 66,7% респондентов.

Не принимают кофеинсодержащие напитки во второй половине дня 43,3% респондентов, едят поздним вечером или в ночные часы – 33,3%.

Многие опрошенные (40%) отмечают трудности с засыпанием, при этом у половины сон глубокий, но с трудом просыпаются утром 36,7% респондентов. Сонливость днем отметили 53,3% респондентов, при этом днем спят 36,7% опрошенных.

Из опрошенных студентов старших курсов 80% оценили качество сна как удовлетворительное, 13,3% отметили его, как отличное.

При сравнении результатов анкетирования установлено, что показатели сна у студентов старших курсов немного лучше, чем у студентов младших курсов, однако объяснить причин этого без проведения дополнительных исследований мы пока не можем.

Таким образом, своевременная коррекция депривации сна и его расстройств может значительно снизить риски для здоровья студентов медицинского колледжа, поскольку сон неразрывно связан с различными гормональными и метаболическими процессами в организме и имеет большое значение для поддержания нормального уровня здоровья.

Всем респондентам следует внимательно относиться как к качеству, так и к количеству своего сна. Им можно рекомендовать исключить кофеинсодержащие напитки во 2-й половине дня, поздний ужин, не использовать гаджеты в позднее вечернее время или перед сном, стараться ложиться спать в 22 ч, вести здоровый образ жизни.

После подведения итогов нами было принято решение продолжить в более широком диапазоне данное исследование, которое планируется проводить в следующем учебном году.

Список литературы

1. Мисникова, И. В. Сон и нарушения метаболизма / Ю. А. Ковалева, И. В. Мисникова. – Текст : непосредственный // Русский медицинский журнал. – 2017. – № 22. – С. 1641-1645.

2. Кельмансон, И. А. Расстройства сна и их связь с нарушениями в эмоциональной сфере и поведении у детей / И. А. Кельмансон. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – №11. – С. 93-98.

Приложение

Таблица – Результаты анкетирования

	студенты 1 курса		студенты 3-4 курсов	
	А бс. знач.	Д оля, %	А бс. знач.	Д оля, %
1. Сколько часов в сутки вы спите?				
более 8 часов	0	0,0	2	6,7
6-8 часов	8	40,0	19	63,3
менее 6 часов	12	60,0	9	30,0
2. В котором часу Вы ложитесь спать?				
до 22:00	0	0,0	5	16,7
22:00-24:00	8	40,0	15	50,0
после 24:00	12	60,0	10	33,3
3. Принимаете ли во 2-й половине дня кофеинсодержащие напитки?				
часто	4	20,0	5	16,7
редко	10	50,0	12	40,0
никогда	6	30,0	13	43,3
4. Принимаете ли пищу поздним вечером или в ночные часы?				
да, часто	9	45,0	10	33,3
да, иногда	9	45,0	16	53,4
нет	2	10,0	4	13,3
5. Используете ли в позднее вечернее время или перед сном гаджеты?				

да	20	100,	29	96,7
нет	0	0,0	1	3,3
6. Как быстро Вы засыпаете?				
очень быстро (практически сразу)	0	0,0	5	16,7
быстро (в течение 5-10 минут)	15	75,0	13	43,3
долго (не можете заснуть >20 мин)	5	25,0	12	40
7. Какой обычно у вас сон?				
глубокий	13	65,0	15	50
поверхностный	5	25,0	3	10
прерывистый	2	10,0	12	40
8. Тяжело ли проснуться утром?				
легко встаю	2	10,0	3	10
иногда бывает трудно	7	35,0	16	53,3
каждое утро с трудом просыпаюсь	11	55,0	11	36,7
9. Нуждаетесь ли в будильнике, чтобы просыпаться каждое утро?				
да	20	100,0	30	
нет	0	0,0	1	3,3
10. Бывает ли у Вас чувство усталости после пробуждения?				
да	16	80,0	20	66,7
нет	4	20,0	10	33,3
11. Испытываете ли сонливость днем?				
очень часто	13	65,0	16	53,3
иногда	7	35,0	12	40
никогда	0	0,0	2	6,7
12. Спите ли Вы днём?				
да	8	40,0	11	36,7
нет	12	60,0	19	63,3
13. Как Вы сами оцениваете качество своего сна?				
отлично	6	30,0	4	13,3
удовлетворительно	10	50,0	24	80
плохо	4	20,0	2	6,7

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ОБПОУ КБМК РЫЛЬСКОГО ФИЛИАЛА

*Саницкая К.С.
Научный руководитель - Толстых И.А.,
преподаватель Рыльского филиала
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Рыльск*

В жизни современного общества особо острыми стали проблемы, связанные с курением, наркоманией и употреблением алкоголя. Особенно большое распространение эти вредные привычки получили в среде подростков. Объясняется это гормональной перестройкой организма ребенка, приводящей к эмоциональному дискомфорту. Толковый словарь Мостицкого характеризует вредную привычку, как автоматически повторяющееся и вредоносное для всех действие, имеющее разрушительный эффект в долгосрочной перспективе. Зародившиеся в подростковом возрасте вредные привычки, как правило, остаются на всю оставшуюся жизнь, постепенно разрушая здоровье самого человека и его окружения: семьи, детей, друзей, коллег.

Актуальность заключается в том, что проблема вредных привычек является наиболее значимой в наше время, и борьба с ними – это задача не только государства, но и каждого отдельного гражданина. Необходимая профилактика вредных привычек – это, в первую очередь, информация об их губительном воздействии на человеческий организм, особенно на организм подрастающего человека. И чем раньше начнется профилактика этих привычек среди молодого поколения, тем быстрее удастся избежать печальных последствий.

Цель работы: Выяснить, как вредные привычки влияют на здоровье молодых людей юношеского возраста.

Задачи:

- Изучить медицинскую литературу по этой теме.
- В ходе исследовательской работы провести анализ заболеваемости у студентов 4 курса Рыльского филиала КБМК, имеющих вредные привычки, и

у студентов ведущих ЗОЖ, и выяснить проблемы студентов и разработать меры профилактики вредных привычек.

Практическая значимость доклада: результат исследования влияния вредных привычек на здоровье студентов 4 курса Рыльского филиала КБМК.

Гипотеза: предположение, что именно вредные привычки являются фактором ухудшения состояния здоровья студентов 4 курса нашего медицинского колледжа.

Объект исследования: студенты 4 курса Рыльского филиала КБМК.

Предмет исследования: нарушения состояния здоровья, происходящие под влиянием вредных привычек.

Практическая часть.

В исследовательской работе было проведено анкетирование среди обучающихся 4 курса по специальностям «Лечебное дело» и «Сестринское дело» ОБПОУ КБМК Рыльского филиала. Мною были опрошены 59 человек в возрасте от 19 до 22 лет. Меня интересовало, какие вредные привычки имеют место в жизни студентов, и могли ли они повлиять на ухудшение состояния здоровья за время учебы в колледже. Провела анкетирование (Приложение 1). Проанализировав ответы, я получила следующие результаты: юношей среди анкетированных - 7, девушек - 52. Снимают жилье 46 человек. Живут у себя дома 12 человек, в общежитии – 1. Здоровым свой образ жизни назвали только 15 человек(25%). Занимаются спортом, посещают спортивные секции, участвуют в соревнованиях 11 человек(18%). Отдых после занятий все студенты назвали пассивным, лежат на кровати с телефоном. Отдых в выходные дни: в компании друзей- 19 человек, чтение книг – 8, просмотр фильмов – 10, шопинг -12, на природе активный отдых– 10 человек. Вредные привычки: курят – 16 человек (27%), иногда употребляют алкоголь -25 человек(42%).Болеют ОРВИ 4 и более раз в год 8 человек(13%).

Бала сделана сравнительная таблица заболеваний, имеющих место у студентов до поступления в колледж и в настоящий момент.(Приложение 2, Таблица 1). Исходя из таблицы 1, видно, что у студентов 4 курса, за время

учебы в Рыльском филиале КБМК увеличилось количество заболеваний. Это касается и студентов, ведущих ЗОЖ(с 8 до 21) и имеющих вредные привычки(с 5 до 39). Однако, прирост заболеваний в группе студентов с вредными привычками выше. Рассмотрим вредные привычки, имеющие место у наших выпускников.

Курение.

Вдыхание дыма, препаратов растительного происхождения, тлеющих в потоке вдыхаемого воздуха, с целью насыщения организма содержащимися в них активными веществами путем возгонки и последующего всасывания в легких и дыхательных путях. Обладает наркотическими свойствами, благодаря быстрому поступлению насыщенной психоактивными веществами крови в головной мозг. Никотин и табачный дым раздражает слизистые, поражает кровеносные сосуды, разрушает зубную эмаль, снижает иммунитет, приводит к частым ОРВИ, аллергическим заболеваниям.

Основные показатели, характеризующие студентов-курильщиков Рыльского филиала КБМК, я занесла в таблицу (Приложение 3, Таблица 2.). Из таблицы видно, что чем больше стаж курения, тем больше сигарет в день выкуривает курильщик. Появившаяся зависимость со временем требует большей дозы психоактивных веществ. Индекс курильщика (ИК= стаж курения * количество выкуриваемых в день сигарет/20) показывает риск развития ХОБЛ, которая проявляется тяжелой дыхательной недостаточностью. ИК более 10 является достоверным фактором риска. Пока у наших исследуемых этот показатель невысок. Но со временем ИК будет расти, ухудшая прогноз и состояние их здоровья.

Из 16 курящих – 14 девушек. Это очень расстраивает, так как девчонки – будущие матери, и эта вредная привычка может негативно отразиться в будущем на рождении здоровых детей. Никотин - сильнейший яд, обладающий тератогенным действием. Провела дополнительное анкетирование (Приложение 4). Проанализировав ответы, оказалось, что большинство курящих по-

нимают последствия влияния никотина и табачного дыма на организм, но бросить курить не могут, либо не хотят.

Алкоголь.

Алкоголем принято называть напитки, содержащие этиловый спирт, который образуется в результате брожения. Употребление алкоголя - это вредная привычка, которая губительна для головного мозга, кровеносных сосудов, органов пищеварения, эндокринной системы и половых органов. Алкоголь меняет облик человека, разрушая его психику. МЗ России утверждает: Безопасной дозы алкоголя не существует. ВОЗ рекомендует: Если вы не употребляете алкоголь, не начинайте. Я задавала актуальные вопросы студентам, которые принимают алкоголь (Приложение 5).

«Почему, зная о страшных последствиях употребления алкоголя, вы все же его принимаете?»,- студенты не смогли ответить на этот вопрос.

Выводы из опроса: Традиция принимать алкоголь на праздники, для хорошего настроения в компании, очень сильно укоренилась в нашем обществе. Она идет из семьи. И с нею трудно бороться. Зависимость человека от никотина и алкоголя объясняется тем, что эти вещества являются наркотиками. Они повышают выброс серотонина, воздействуя на рецепторы коры головного мозга. И человеку становится хорошо. Наступает эйфория. Вот только при длительном возбуждении рецепторы разрушаются. И это приводит к раздражительности, перепадам настроения, депрессии. Чтобы улучшить состояние, человеку каждый раз нужно увеличивать дозу алкоголя или количество сигарет. Страшно то, что зависимость наступает не от вещества, а зависимость от измененного состояния сознания.

Чем можно заменить алкоголь или сигареты для снятия стресса, улучшения настроения? Это могут быть занятия спортом, йога, ходьба, плавание, баня, массаж, медитация. Мною разработаны и розданы памятки студентам с вредными привычками.

На основании проделанной работы я сделала следующие выводы:

1. За время учёбы в Рыльском филиале КБМК среди студентов, поступивших в колледж в августе 2020 года, количество студентов, страдающих хроническими заболеваниями, ЧБ ОРВИ увеличилось: в группе, ведущих ЗОЖ, в 2,6 раза, а в группе, имеющих вредные привычки, в 7,8 раз.

2. Одной из проблем у студентов колледжа являются вредные привычки, способствующие развитию хронической патологии.

3. Роль фельдшеров и медицинских сестер состоит в пропаганде и обучении населения ЗОЖ, но студенты - медики сами не выполняют основные правила рационального подхода к своему здоровью, страдая от вредных привычек.

4. Необходимо усилить профилактическую работу со студентами медицинского колледжа, искать замену вредным привычкам, пропагандируя занятия спортом, активный отдых, путешествия и туризм, посещение различных культурно-массовых мероприятий, театра, кино, мастер-классов, кружков по интересам и т.д.

Вокруг столько интересного, неизведанного, прекрасного! Знай, самое дорогое у человека – это его здоровье! Береги его!

Список литературы

1. Руководство по медицинской профилактике/ Под редакцией Р.П.Оганова-М.:ГЭОТАР-Медиа,2022.-464с.

2. Учебник под редакцией Д.А.Крюкова «Здоровый человек и его окружение» 2021г.

3. Зависимость. Тревожные признаки алкоголизма, причины, помощь.../Т.Фишер.2023г.

4. Бросай курить!/В.Звягин.2023г.

Приложение 1

Анкета

1. ФИО
2. Пол
3. Возраст

4. Место жительства во время учёбы
5. Хронические заболевания до поступления в колледж
6. Хронические заболевания в настоящий момент
7. Сколько раз в год вы болеете ОРВИ?
8. Можно назвать ваш образ жизни здоровым?
9. Имеете ли вы вредные привычки (какие)?
10. Занятия спортом (каким, сколько раз в неделю, количество часов в неделю)?
11. Как вы отдыхаете?

Приложение 2
Таблица 1

Нозологические формы	Заболевания до поступления		Заболевания в настоящее время	
	Ведущие ЗОЖ	Имеющие вредные привычки	Ведущие ЗОЖ	Имеющие вредные привычки
Миопия	2	2	3	4
Мочекаменная болезнь	0	0	1	0
Анемия	0	0	1	2
ВСД по гипертоническому типу	0	0	1	2
ВСД по гипотоническому типу	0	0	1	0
Ожирение	3	0	3	4
Хронический тонзиллит	0	0	1	3
Несахарный диабет	0	0	0	1
Хронический гастрит	1	1	2	4
ДЖВП	1	1	2	4
Язвенная болезнь желудка	0	0	1	0
Хронический пиелонефрит	1	0	2	3
Хронический бронхит	0	0	0	1
Пневмония	0	0	2	4
Частые ОРВИ	0	0	1	7

Приложение 3
Таблица 2

N п/п	Воз- раст	Пол	Стаж	Кол- во сигарет в день	Ин- декс ку- рильщика
1.	21	М	7	10	3,5
2.	21	М	7	8	2,8
3.	20	Ж	6	6	1,8
4.	20	Ж	5	6	1,5
5.	19	Ж	4	6	1,2
6.	20	Ж	4	5	1
7.	20	Ж	4	5	1
8.	19	Ж	4	4	0,8
9.	19	Ж	3	3	0,45
10.	20	Ж	3	3	0,45
11.	21	Ж	2	3	0,3
12.	20	Ж	2	3	0,3
13.	19	Ж	1	3	0,15
14.	20	Ж	1	3	0,15
15.	20	Ж	1	3	0,15
16.	21	Ж	1	3	0,15

Приложение 4
Анкета

№ п/п	Вопросы	Ответы
1.	Что вас заставляет курить?	1. Привычка-5 человек (30%). 2. Зависимость-5 человек (30%). 3. Образ жизни- 6 человек (40%).
2.	Можете ли вы бросить курить?	1. Не получается- 5 человек (30%). 2. Не хочу бросать -6 человек (40%). 3. Легко – 5 человек (30%).
3.	Осознаете последствия курения?	1. Да. (Ответили 10 человек, 63%). 2. Нет. Я же, просто, иногда балуюсь. (6 человек, 37%).

Приложение 5
Анкета

№ п/п	Вопросы	Ответы
1.	Как часто вы принимаете алкоголь?	1. По праздникам – 15 человек (60%). 2. Раз в неделю -4 человека(16%). 3. Раз в месяц – 6 человек (24%).
2.	Для чего вы принимаете алкоголь?	1. Снять стресс- 2 человека(8%). 2. Поднять настроение – 4 человека (16%). 3. За компанию – 4 человека(16%). 4. Традиция -15 человек(60%).
3.	Знаете ли вы о вреде алкоголя?	Все ответили: Да.(100%).

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Синицына М.А.

*Научный преподаватель – Комарова М.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Не менее 400 лет назад такое заболевание как эпилепсия считалось одним из видов сумасшествия и лечением этого недуга должны были заниматься психиатры. Больных с эпилепсией помещали в дома для психически больных и умалишенных пациентов и изолировали от общества. Так же бытовало мнение, что людям с таким диагнозом не стоило заключать брак, а также рожать детей. Так на протяжении многих столетий, данное заболевание было окружена страхом и непониманием.

На сегодняшний день отечественные историки дают следующие понятие данного заболевания. Так, под эпилепсией понимается «хроническое неврологическое заболевание, вызванное нарушениями деятельности головного мозга из-за чрезмерной электрической активности нейронов и сопровождающееся периодически возникающими припадками» [1, с.98].

Также были выделены следующие причины, которые могли повлиять на развитие эпилепсии, к ним можно отнести: инфекционные заболевания (менингит, энцефалит), различного виды травм, а также опухоли. Было отмечено, что эпилепсия может проявляться в разных формах и не всегда данное заболевание является наследственным. Но несмотря на это, к сожалению, имеет место быть дискриминация больных эпилепсией, все это было вызвано, тем, что у людей не присутствует достаточная осведомленность о заболевании. Так пациенты с эпилепсией могут столкнуться с такой проблемой при поступлении в образовательные учреждения или при поиске работы. Такие проблемы, могут сильно влияет на качество жизни людей, страдающих этим расстройством, и также пагубно влиять на их семьи.

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что по оценке Всемирной организации здравоохранения Российской Федерации, а также министерства здравоохранения, в настоящий момент в России заболеванием эпилепсия болеют более 1,5 миллиона человек, что в свою очередь составляет около 1-2 % населения. Данный недуг диагностируется ежегодно у более 100 тысяч человек. При выявленном заболевании пациент сталкивается со многими проблемами, которое несет данное заболевание и именно роль медицинской сестры при выявлении этих проблем, а также удовлетворение жизненных потребностей пациентов, так и помощь в восполнении дефицита знаний об особенностях течения его заболевания, и помощь в профилактике приступов и возможном прогнозе по этому заболеванию, является достаточно актуальной и значимой. Так медицинская сестра, сестра в своей деятельности ставит перед собой цель: улучшить качество жизни пациентов, и их успешную социализацию» [2, с.99].

Заболевание эпилепсия, ухудшает качество жизни пациентов, при этом изменяя их психическое и физическое состояние, а также положение в социальной жизни, в том числе и отношение с родственниками и друзьями, также отрицательно сказывается на их трудоустройстве и дальнейшей жизни.

Именно качество жизни пациентов с эпилепсией считается одним из основополагающих критериев состояния самочувствия. Оно во многом зависит именно от профессиональной подготовки и навыков медицинской сестры, так как именно медицинская сестра помогает пациенту понять этиологию и причины его заболевания, а также обучить его профилактическим мероприятиям для купирования факторов развития данного заболевания.

Для того, чтобы оценить деятельность медсестры в отношении ухода за пациентами с эпилепсией нами было проведено социологическое исследование качества жизни пациентов с данным заболеванием. Также были изучены особенности профессиональной деятельности медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов, страдающих данным недугом.

Для анализа сестринской деятельности по улучшению качества жизни пациента с эпилепсией, нами была составлена анкета, состоящая из 13 вопросов, в которой приняли участие 40 респондентов. Данная анкета позволила нам получить информацию о качестве деятельности медицинской сестры для улучшения качества жизни пациента с эпилепсией.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

По половому признаку было выявлено, что наибольшее количество испытуемых составили женщины 60%, по возрастной категории наибольшее количество респондентов 40% находятся в возрасте от 31 до 45 лет. Предвестники приступов эпилепсии, присутствуют у 60% опрошенных респондентов, при этом приступы встречаются достаточно часто у 50% опрошенных. У невролога состоят на учете 70% испытуемых. На трудоустройство и работу в 40% случаях заболевание влияет, а в 35% заболевание эпилепсией никак не влияет на трудоустройство респондентов, при этом у 45% респондентов данное заболевание не оказывает никаких трудностей в отношении с близкими людьми.

При выявлении консультативной помощи медицинской сестрой, мы выявили, что 50% респондентов отметили, что консультативная помощь им оказывается, а 25% отметили, что консультативная помощь оказывается, но крайне редко.

Анализируя ответы респондентов по поводу прохождения лечения, нами было выявлено, что 60% респондентов проходят лечение в стационаре, а 40% проходят лечение в платных учреждениях. О правилах распорядка неврологического отделения, были осведомлены 70% опрошенных испытуемых. По мнению респондентов по поводу выполнения медицинской сестрой своих обязанностей, 40% отметили данную работу на отлично, 35% оценивают ее на удовлетворительно и 25% оценили ее неудовлетворительно.

При выявлении конфликтов с медицинской сестрой нами было выявлено, что у 70% испытуемых конфликтов не возникло. 45% респондентов отме-

тели, что роль медицинской сестры в эффективности ухода за пациентами очень важна, 25% отметили, что роль медицинской сестры не значительна, и 30% отметили, что медицинская сестра никак не влияет на эффективность лечения пациентов с эпилепсией.

На основании сделанных выводов нами были составлены рекомендации для медицинских сестер по улучшению качества проводимой ими деятельности с пациентами страдающих эпилепсией:

1. Консультирование. (Медицинская сестра должна проводить беседы с семьей и близким окружением больного, для того что бы они были осведомлены о заболевании их близкого человека, а также для выработки правильного их отношения, как к человеку, так и к его недугу, тем самым улучшить его положение в социуме, что положительно повлияет на его качество жизни и психическое здоровье пациента);

2. Психологическая помощь. (Медицинская сестра должна привлекать службы психологической помощи, «службы социальных работников для нормализации психологического состояние, превратив его в полноценного члена общества»).

Выявляя важность роли медицинской сестры в эффективности ухода за пациентами с эпилепсией, мы получили следующие данные: что для большинства опрошенных 45% медицинская роль очень важна, 25% роль медицинской сестры в эффективности ухода незначительна, а 30% отметили, что медицинская сестра никак не влияет на эффективность лечения пациентов с эпилепсией.

Список литературы

1. Гусев, Е.И., Эпилепсия и ее лечение [Текст]/ Гусев Е.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с.
2. Кадыкова, А.С., Манвелова, Л.С., Шведкова, В.В., Практическая неврология [Текст]/ под ред. А.С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 432 с.

3. Никифоров, А.С., Общая неврология [Текст]/ А.С. Никифоров, Е.И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 704 с.
4. Обуховец, Т.П., Основы сестринского дела: практикум [Текст]/ Т.П. Обуховец - Ростов н /Д: Феникс, 2020. - 603 с.
5. Смолева, Э.В., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст]/ Смолева Э.В. - Ростов н/Д: Феникс, 2020. - 473с.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Синицына П.А.

*Научный преподаватель – Комарова М.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

На сегодняшний день инфаркт миокарда, является самой серьезной клинической формой ишемии сердца. Данное заболевание обусловлено, абсолютным недостатком кровоснабжения части миокарда, которое происходит ввиду тромбоза коронарной артерии, в результате этого формируется очаг некроза.

Совсем недавно инфаркт миокарда был достаточно редким заболеванием, и врачи чаще всего описывали его как казуистику. Лишь в прошлом веке такие ученые как: «В.В. Образцов, Н.А. Стражеско» смогли дать описание, тому, как клинически проявляется инфаркт миокарда. Также, первостепенной причиной стенокардии являлся склероз венечных артерий. Все это можно было объяснить недостаточным изучением вопроса.

Уже в 20 веке, благодаря ранее накопившемуся материалу, наши отечественные специалисты стали указывать на нейрогенный характер стенокардии, при этом они не исключали и частое спазмирование артерий с их склерозом. Стоит отметить, что данную концепцию применяют до сих пор.

Актуальность исследования: Исходя из вышесказанного, стоит отметить, что заболевание инфарктом миокарда достаточно актуально на сегодняшний день, так как оно является первостепенной причиной смертности не только в нашей стране, но и во всем мире. Инфаркт миокарда, это достаточно опасное заболевание, где каждая минута промедления грозит для больного смертельным исходом. Стоит отметить, что только лишь при слаженной работе медицинского персонала данное заболевание можно купировать. Именно поэтому роль сестринского ухода в острый период данного заболевания и на протяжении всего реабилитационного периода, а также в профилактических мероприятиях, является основной, ведь именно от ее навыков и опыта зависит жизнь и здоровье пациентов.

Изучив медицинскую литературу и интернет-источники по сердечно-сосудистым заболеваниям, можно сделать следующие выводы:

Инфаркт миокарда является одним из опаснейших заболеваний, которое при неправильном оказании помощи больному, может привести к его летальному исходу. Данное заболевание необходимо лечить только в стационаре, именно там больному может быть оказана высококвалифицированная помощь медицинского персонала. Так же нами отмечено, что весь уход и профилактическая деятельность медицинской сестры должны быть профессиональны, а также успокаивающими и заботливыми. Именно, при правильном выполнении всех манипуляций, проведении бесед и оказании психологической помощи, медицинская сестра может помочь пациенту быстрее выздороветь и больше никогда не подвергнуться данному заболеванию.

Проанализировав теоретические данные по теме исследования, мы составили анкету, состоящую из 15 вопросов, которая позволила нам получить информацию о качестве деятельности медицинских сестер и их профилактической деятельности при заболевании инфарктом миокарда. В анкетировании приняли участие 50 респондентов.

Обработка результатов анкетирования проходила по всем вопросам данной анкеты. Все ответы, которые мы получили, подсчитывались и оценивались в процентном соотношении. На основе этих данных нами были составлены диаграммы.

В результате проведенного социологического исследования были сделаны следующие выводы:

По половому признаку, наибольшее количество пациентов 60% составили мужчины, по возрастному положению от 31 до 51 года находятся наибольшее количество испытуемых 50%, а от 51 и старше составили 40% испытуемых.

При выявлении активности нами было выявлено, что 50% опрошенных не гуляют минимальное количество времени ежедневно. При выявлении употребления респондентами вредных веществ, которые пагубно сказываются на

них, мы выявили, что 70% опрошенных, употребляют табачные изделия, 50% респондентов употребляют алкоголь крайне редко, а 20% употребляют алкоголь достаточно часто.

Страдают от повышенного давления 36% опрошенных респондентов, а 40% затруднялись ответить на данный вопрос. Часто подвергаются стрессам и эмоциональным беспокойствам 75% из опрошенных респондентов. Наибольшая весовая категория пациентов 50% составила от 85 кг и более. Такие симптомы как резкие боли или дискомфорт, а также покалывание и сжатие за грудиной или в области сердца испытывают 60% респондентов. За помощью обращались 70% испытуемых, беседу о риске развития инфаркта миокарда и его профилактике медицинская сестра проводила с 60% испытуемых. Беседу, по правилам соблюдения режима физической активности и правилам питания, медицинская сестра проводила с 70% респондентов.

При выявлении оценки качества сестринских манипуляций, было выявлено, что 50% испытуемых поставили медицинской сестре оценку «отлично», оценку «удовлетворительно» поставили 40% опрошенных. 76% испытуемых респондентов оказались довольны тем, как за ними ухаживает медицинская сестра.

Важность роли медицинской сестры в эффективности ухода за пациентами с заболеванием инфаркта миокарда, отметили 56% испытуемых, 24% отметили, что роль медицинской сестры не очень важна, и 20% отметили, что роль медицинской сестры в уходе незначительна.

Медицинская сестра играет неотъемлемую роль в уходе за пациентом с инфарктом миокарда. В кардиологическом отделении медсестра подчиняется кардиологу и выполняет свою работу под его руководством.

В своей работе она руководствуется должностными инструкциями, методическими советами по улучшению работы среднего медицинского персонала медицинских учреждений.

При уходе за больным с инфарктом миокарда, медицинская сестра должна понимать, что пациенты нуждаются в общем и особом уходе, а также в психологической поддержке.

Таким образом, стоит отметить, что именно от качества лечения и ухода зависит состояние пациента и его адаптация к жизни.

Список литературы

1. Волков, В.С. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда [Текст] / В.С. Волков. - Москва, Медицина, 2020. - 232 с.
2. Гасилин, В.С. Сердечно – сосудистые заболевания [Текст] / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. – Москва: Медицина, 2021. – 240 с.
3. Зрячкин, Н.И. Справочник семейного доктора [Текст] / Н.И. Зрячкин, А.П. Суворов. – Москва: Эксмо, 2020. – 1040 с.
4. Люсов, В.А. Инфаркт миокарда [Текст] / В.А. Люсов, Н.А. Волов, И.Г. Гордеев. – Москва, 2021. – 246 с.
5. Райский, В.А. Справочник медицинской сестры по уходу [Текст] / В.А. Райский. – Москва: Медицина, 2020. – 335 с.
6. Котельникова, Г. П., Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учеб. Пособие [Текст] / Г. П. Котельникова. 2-е изд., перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2020. - 666 с.
7. Волков, В.С. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда [Текст] / В.С. Волков. - Москва, Медицина, 2020. - 232 с.
8. Гасилин, В.С. Сердечно – сосудистые заболевания [Текст] / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. – Москва: Медицина, 2021. – 240 с.
9. Зрячкин, Н.И. Справочник семейного доктора [Текст] / Н.И. Зрячкин, А.П. Суворов. – Москва: Эксмо, 2020. – 1040 с.
10. Люсов, В.А. Инфаркт миокарда [Текст] / В.А. Люсов, Н.А. Волов, И.Г. Гордеев. – Москва, 2021. – 246 с.
11. Райский, В.А. Справочник медицинской сестры по уходу [Текст] / В.А. Райский. – Москва: Медицина, 2020. – 335 с.
12. Котельникова, Г. П., Сестринское дело. Административно-

управленческие дисциплины: Учеб. Пособие [Текст] / Г. П. 13. 13. Котельникова. 2-е изд., перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2020. - 666 с.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. РОЛЬ АКУШЕРКИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ

*Смирнова А.В.
Научный руководитель – Селина В.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Воспалительные заболевания женских половых органов (ВЗЖПО) являются серьезной проблемой здоровья женщин, влияющей на их качество жизни и репродуктивную функцию. Они могут приводить к болезненности, дискомфорту, а также иметь долгосрочные последствия, такие как бесплодие и повышенный риск развития рака [5]. По данным статистики Белгородской области, ВЗЖПО являются достаточно распространенной проблемой. В 2020 году было зарегистрировано около 7 500 случаев, что составляет примерно 10% от общего числа зарегистрированных заболеваний в репродуктивном здоровье женщин.

Воспалительные заболевания женских половых органов (ВЗЖПО) — это группа заболеваний, характеризующихся воспалительными процессами, которые затрагивают различные части женской репродуктивной системы. Эти заболевания могут включать в себя воспаление влагалища (вагинит), шейки матки (цервицит), матки (эндометрит), яичников (оварит), маточных труб (сальпингит) и придатков (аднексит) [1]. На протяжении последних 25 лет основной формой ВЗЖПО является сальпингоофорит [3]. При этом преобладающей формой является обострение хронического воспалительного процесса[2]. Несмотря на широкое применение антибактериальных препаратов, иммуномодуляторов, физиотерапевтических методов терапии, сальпингоофориты в современных условиях нередко приобретают затяжное течение, переходят в хронические формы и чаще других гинекологических заболева-

ний вызывают временную, а иногда и стойкую утрату трудоспособности [4]. При гнойном поражении придатков матки возникает реальная угроза не только здоровью, но и жизни больной [3]. Последствия перенесенного ВЗЖПО остаются достаточно серьезными: 24-30 % больных отмечают тазовый болевой синдром в течение 6 месяцев и более после лечения [5], 43 % женщин имеют эпизоды обострения воспалительного процесса [2], у 1-5 % следствием является эктопическая беременность [5], от 10 до 59 % останутся бесплодными [4].

Заболеваемость ИППП (инфекции, передающиеся половым путем), начиная с 60-х годов прошлого века, выросла практически в 3 раза, причем пик заболеваемости приходится на возраст от 18 до 30 лет. 70% женщин, страдающих сальпингитом, были моложе 25 лет, из них большинство (75%) составили нерожавшие. Хроническое воспаление половых путей у женщин, обусловленное ИППП, является также фактором риска онкогинекологической патологии. Так, связь рака шейки матки с некоторыми штаммами вируса папилломы человека признана безусловной.

Наряду с микробным фактором в распространении ИППП имеют значение и провоцирующие факторы. К ним можно отнести физиологические (менструации, роды), искусственные (аборты, внутриматочная контрацепция, гистероскопия, гистеросальпингография, гинекологические операции, экстракорпоральное оплодотворение), ослабление барьерных механизмов шейки матки и общего состояния организма (анемия, ожирение, сахарный диабет и др.) [4]. Нельзя исключить и влияние социальных и поведенческих факторов, негативно влияющих на состояние здоровья женщин (молодой возраст, частая смена половых партнеров, одинокое или разведенное семейное положение, отказ от методов барьерной контрацепции, хронический стресс, экономические трудности, хронический алкоголизм, табакокурение, наркомания) [1].

Таким образом, этиология может быть разнообразной и зависит от конкретного заболевания. Воспалительные процессы обычно вызываются раз-

личными микроорганизмами, такими как бактерии, вирусы, грибы или простейшие. Нередко возникают смешанные инфекции, когда воспаление вызвано несколькими патогенами одновременно. Одной из наиболее распространенных причин являются бактериальные инфекции, такие как вагиноз или хламидиоз. Вирусы могут являться причиной, особенно в случае герпеса, папилломавируса или вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). Вирусы передаются половым путем и могут вызывать длительные и хронические воспалительные процессы. Грибковые инфекции или заболевания, вызванные патогенными грибами рода *Candida*, часто приводят к воспалению. В некоторых случаях, воспалительные заболевания женских половых органов могут быть вызваны физическими повреждениями, такими как травмы во время родов или неправильного использования интимных гигиенических средств.

Следует учитывать, что одно только наличие микробного фактора не всегда приводит к возникновению воспалительного процесса. Способствовать его дебюту и развитию могут различные механические, термические и химические воздействия, нарушающие барьерные функции половой системы, ранее перенесенные заболевания, ослабляющие защитные силы организма, аллергические факторы, анемия, нерациональное питание [2].

Патогенез ВЗЖПО представляет собой сложный процесс, включающий нарушение нормальной флоры, инфекцию и воспаление, активацию иммунной системы и развитие хронического воспаления.

Важным аспектом ВЗЖПО является их связь с репродуктивной функцией женщины и возможными осложнениями, такими как инфертильность (бесплодие), эндометрит после операций или абортов, риски во время беременности и родов [3].

Бессимптомное течение инфекции фаллопиевых труб может привести в будущем к трубному бесплодию, особенно это характерно для хламидийной инфекции. Клинически манифестированное течение ВЗЖПО характеризуется наличием двусторонних болей внизу живота, ассоциированных с диспаре-

унией, выделениями из половых путей и посткоитальными межменструальными кровотечениями. У женщин с осложненным течением

ВЗЖПО могут наблюдаться системные проявления, такие, как лихорадка, недомогание, тошнота и рвота. В качестве альтернативных причин болей внизу живота у молодых женщин необходимо исключить аппендицит, инфекции мочевыводящих путей и синдром раздраженного кишечника, а также внематочную беременность, которая встречается намного реже, но упускать эту возможность из виду нельзя. Кисты яичников, как правило, протекают бессимптомно, за исключением разрыва или перекрута ножки кисты. Эндометриоз обычно имеет хроническое течение, с периодическим обострением болей [3].

Профилактика ВЗЖПО включает использование контрацептивов-барьеров, скрининг на хламидии у молодых женщин и информирование о последствиях рискованного сексуального поведения. Для женщин с историей ВЗЖПО вторичная профилактика заключается в использовании барьеров и формировании здоровых сексуальных привычек.

Таким образом, акушерка женской консультации играет важную роль в профилактике воспалительных заболеваний женских половых органов. Нужно консультировать, проводить разъяснительные беседы с женщинами о ВЗЖПО, их причинах, симптомах и последствиях, заниматься пропагандой использования барьерных методов контрацепции, таких как презервативы, для предотвращения передачи инфекций, передающихся половым путем. Важно проведение скрининга на ИППП, такие как хламидиоз и гонорея, и своевременное лечение выявленных инфекций, обучение женщин правилам личной гигиены и поддержания здоровья половых органов.

Список литературы

1. Акушерство : учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-7201-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472019.html>

2. Баряева, О. Е. Воспалительные заболевания женских половых органов для студентов : учебное пособие / Баряева О. Е., Флоренсов В. В., Бурдукова Н. В., Подкаменева Т. В., Ступин Д. А., Иванова Е. И., Ахметова М. Ю., Чертовских М. М. - Иркутск : ИГМУ, 2019. - 104 с. - Б. ц. - Режим доступа: <https://bik.sfu-kras.ru/elib/view?id=LANY-618.16-002%28075.8%29/Б%20269-296286290>

3. Гинекология : учебник / под ред. В. Е. Радзинского, Л. Р. Токтар. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6916-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469163.html>

4. Женская консультация [Электронный ресурс]/ Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. и др. / Под ред. В.Е. Радзинского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 472 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-1492-7. - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414927.html>;

5. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни / Дзигуа М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-5065-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450659.html>

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ АКУШЕРКИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Смирнова О.И.

*Научный руководитель – Шарафутдинова К. Ш., преподаватель
Государственного бюджетного профессионального образовательного
учреждения «Медицинский колледж № 6», г. Москва*

Железодефицитная анемия (ЖДА) является одним из самых распространенных заболеваний в мире и стоит на первом месте по частоте встречаемости у женщин детородного возраста.

Актуальность исследования: По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) во всем мире анемией страдают 37% беременных женщин и 30% женщин репродуктивного возраста. В России частота железодефицитной анемии у беременных оценивается в 35-45% в различных регионах [6].

Объект исследования: Деятельность акушерки женской консультации при анемии беременных (ЖДА).

Предмет исследования: Особенности деятельности акушерки женской консультации при анемии беременных.

Цель исследования: Определение особенностей организации деятельности акушерки женской консультации при анемии беременных.

Материалы и методы:

1. Анализ современных информационных источников.
2. Прямой опрос беременных с анемией лёгкой и средней степени тяжести по форме специально разработанной анкеты

Во всем мире отмечается высокая распространенность железодефицитной анемии (ЖДА). По данным МЗ РФ, за последние 20 лет частота анемий увеличилась более чем в 6 раз и 90% их составляют ЖДА [4].

Анемия у беременных, особенно существовавшая до беременности, значительно увеличивает перинатальные потери и заболеваемость новорожденных, слабость родовой деятельности отмечены у 10–15% рожениц. Послеродовой период осложняется гнойно-септическими заболеваниями у 12%

родильниц, гипогалактией — у 38%. При анемии беременных в послеродовом и раннем послеродовом периодах часто возникает такое грозное осложнение, как кровотечение [5].

Согласно клиническим рекомендациям «Железодефицитная анемия» (2021г.), проблема дефицита железа - это прежде всего проблема питания. Максимальное количество железа, которое организм женщины может получить из пищи составляет 2,5 мг/сутки [2].

Адекватное, сбалансированное питание до и во время беременности залог эффективного лечения и профилактики ЖДА. Ежедневная потребность взрослого человека в железе составляет около 1–2 мг, ребенка – 0,5–1,2 мг.

Согласно Приказа МЗ РФ от 20.10.20 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология», в обязанности акушерки входит проведение санитарно-просветительской работы и профилактики тех или иных осложнений беременности, родов и послеродового периода [1].

Проведение санитарно-просветительской работы участковой акушеркой по профилактике ЖДА предусматривает работу со всеми беременными. Особенно актуальна санитарно-просветительская работа с женщинами группы высокого риска по развитию ЖДА.

В группу высокого риска по развитию ЖДА входят: женщины, прежде болевшие анемией; женщины, имеющие хронические инфекционные болезни или хронические заболевания внутренних органов; часто- и многорожавшие женщины; беременные с уровнем гемоглобина в I триместре меньше 120 г/л; беременные с многоплодием; беременные с явлением токсикоза; женщины с обильными и длительными менструациями [5].

В исследовании приняли участие 24 беременных с лёгкой и средней степенью тяжести ЖДА. Были получены следующие статистические данные:

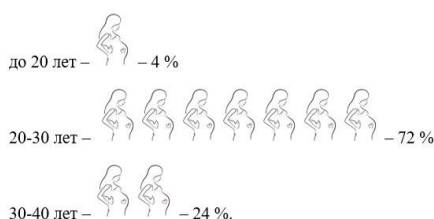


Рисунок 1. - Распределение респондентов по возрасту

Первую – настоящую беременность отметили 48% респондентов.

Второй триместр беременности отметили 75% респондентов, 25% - третий триместр беременности.

Наиболее часто анемия беременных отмечена у домохозяек - 54% респондентов.

На момент опроса - 46 % респондентов принимали препарат Сорбифер Дурулес , Феррум Лек - 33%, Тотема – 21%.

Смену препарата железа в анамнезе отметили 33% респондентов, отметив причиной смены препарата – тошноту, запор, диарею и боли в животе.



Рисунок 2. Причина смены препарата.

Для каждого препарата железа есть свои особенности приёма: если для лучшего всасывания железа Сорбифер Дурулес рекомендуется применять – натощак и не разжёвывать; то Феррум Лек, Мальтофер – таблетки жевательные, принимать внутрь во время или сразу же после приема пищи. Препараты железа рекомендуется запивать кислыми разбавленными соками – апельсиновым, лимонным, гранатовым или клюквенным морсом, после приема препаратов железа следует прополоскать рот [6,7,8].

Более 80% респондентов информированы об особенностях приёма препаратов железа.

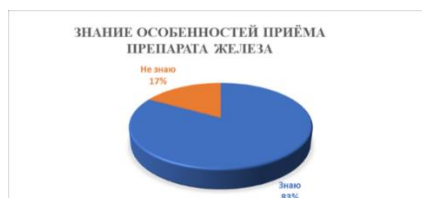


Рисунок 3. – Информированность респондентов об особенностях приёма препарата железа

Источником информации об особенностях приёма препаратов железа, 58 % респондентов отметили акушерок.

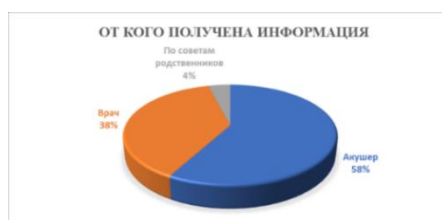


Рисунок 4. – Источники информации об особенностях приёма препаратов железа

Препараты железа нельзя принимать совместно с молоком и продуктами с большим содержанием щавельной кислоты и дубильных веществ (крепкий чай, кофе, шпинат, черника). Каждая пятая из числа анкетированных нарушает эти рекомендации.



Рисунок 5. – Особенности приёма препарата железа

Более 70% респондентов отметили, что, на момент опроса, чаще всего после приёма препарата беспокоит тошнота.

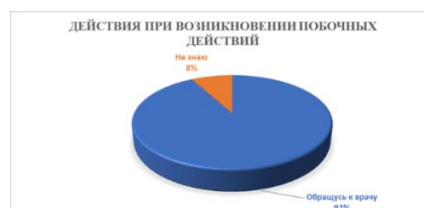


Рисунок 6. – Действия при возникновении побочных действий

Более 90% респондентов, знают, о необходимости обращения к врачу при возникновении побочных эффектов.

Таким образом, к особенностям деятельности участковой акушерки относятся:

1. Информирование беременных из группы высокого риска по развитию ЖДА об особенностях питания.

3. Информирование беременных с ЖДА о правилах приёма препаратов железа.

4. Информирование беременных, принимающих препараты железа (per os), об особенностях питания, т.е. совмещению препаратов железа с группами продуктов питания.

5. Со всеми беременными проводить санитарно-просветительскую работу по профилактике ЖДА.

6. В условиях ограниченного времени приёма беременных существует необходимость разработки Памяток для женщин.

Список литературы

1. Приказ МЗ РФ от 20.10.20 № 1130 н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология».

2. Клинические рекомендации/Железодефицитная анемия РФ 2021 г.

3. Клинические рекомендации/Нормальная беременность РФ 2023 г.

4. Пельтихина О.В. Диетотерапия при железодефицитных состояниях/
О.В. Пельтихина, Л.П. Пикалова, А.М. Морозов//Медицинская сестра – 2020. - №2-С.43-45

5. Радзинский В.Е. Акушерство/ В.Е. Радзинский - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022г. - 912с.

6. Инструкция по применению препарата Мальтофер, VIFOR, SA (Швейцария).

7. Инструкция по применению препарата Сорбифер Дурулес, EGIS Pharmaceuticals, PLC (Венгрия).

8. Инструкция по применению препарата Ферум Лек, SANDOZ, d.d. (Словения).

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Снукаева А.В.

*Научный преподаватель – Комарова М.Н., преподаватель
Медицинский колледж НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Детский церебральный паралич (ДЦП) – одна из самых распространенных неврологических патологий, которая приводит к инвалидизации детского населения, поэтому данное заболевание является значимой медико-социальной проблемой. По статистическим данным ДЦП встречается у 3-4 детей на 1000 случаев.

Детский церебральный паралич вызывается аномалиями развития или повреждением частей мозга, которые контролируют движение, равновесие и осанку. В то время как проблемы с движением являются центральной особенностью ДЦП, проблемы умственного развития, речевой недостаточности, нарушения слуха, зрения или ощущений часто возникают одновременно с этим заболеванием, при этом 28% страдают эпилепсией, 58% испытывают трудности с общением, у 42% проблемы со зрением, а у 23-56% проблемы с обучаемостью.

От 20% до 35% пациентов с ДЦП не могут обходиться без посторонней помощи, оказываются не обучаемыми. Именно поэтому главной целью реабилитации для пациентов с ДЦП является развитие умений, навыков ребенка и его коммуникативности. В достижении данной цели немаловажную роль берет на себя реабилитационная медицинская сестра, именно она взаимодействуя с пациентами и их близкими людьми, оказывает не только помощь в освоение необходимых для улучшения качества жизни навыков и умений, но и обучает родителей правильному уходу за их детьми, а также обеспечивает психологическую поддержку пациентам и их родителям в процессе непрерывной коммуникации.

Обучение реабилитационной медицинской сестрой навыкам и обеспечение контроля за правильностью их выполнения, способствует улучшению качества жизни пациентов с ДЦП и их социализации.

Проведя анализ распространенности заболевания ДЦП по Российской Федерации за 2018-2021 гг., можем отметить тенденцию к снижению общей заболеваемости на 5,2% и с диагнозом, установленным впервые на 21,5%.

Для определения профессиональной деятельности медицинской сестры в физической реабилитации детей с детским церебральным параличом было проведено исследование, которое заключалось в опросе родителей об удовлетворенности работой реабилитационной медицинской сестры и опросе медицинских реабилитационных сестер об их профессиональной деятельности. В исследование приняло участие 21 родитель и 7 медицинских сестер.

В результате проведенного социологического опроса были получены следующие результаты: 9 детей или 43% опрошенных родителей находились на реабилитации более 5 раз, 7 детей или 33% – 1-2 раза, 5 детей или 24% – 3-4 раза. От медицинского персонала, из интернет-источников и медицинской литературы информацию получают все 100% опрошенных (21 чел.), от знакомых – 24% родителей (5 человек). 90% или 19 человек, считают, что получают достаточно информации об уходе за их ребенком и только 2 респондента (10%), что недостаточно. Все 100% опрошенных родителей считают, что школы пациентов с ДЦП необходимы. Все 100% респондентов хотели бы получать более индивидуальный подход к их ребенку. 14 детей или 66% легко идут на контакт с медицинским персоналом, 5 детей или 24% не всегда идет на контакт с медицинским персоналом и всего 2 ребенка или 10% вообще не идут на контакт. 16 родителей или 76% не хотели бы ничего улучшать или изменять в оказании медицинской помощи детям, 5 родителей или 24% желают что-нибудь изменить или улучшить. 18 респондентов или 86% полностью удовлетворены работой медицинской сестры, 2 респондента или 10% частично удовлетворены и только 1 родитель (4%) неудовлетворения работой медицинской сестры. Все 7 медицинских сестер (100%) проходят курсы по-

вышения квалификации. 5 опрошенных медицинских сестер или 71% читают психолого-педагогическую литературу по работе с детьми и ещё 2 медицинские сестры или 29% читают, но иногда. Все 100% опрошенных (7 человек) используют индивидуальный подход к детям. 6 медицинских сестер или 86% считают, что достаточно информируют родителей по вопросам ДЦП, однако 1 медицинская сестра (14%) указала, что недостаточно. 100% медицинских сестер проявляют терпение и сочувствие к своим пациентам. Ни одна медицинская сестра не относится к своим пациентам безразлично. 4 медицинских сестры или 57% удовлетворены своей профессиональной деятельностью, 3 медицинские сестры или 43% частично удовлетворены проводимой работой. 4 медицинские сестры (57%) оценивают свою деятельность на «хорошо» и 3 медицинских сестры (43%) на «удовлетворительно».

После проведения опроса с медицинскими сестрами было проведено ещё одно анкетирование с целью определения уровня эмоционального выгорания с помощью методики В.В. Бойко. Оно содержало в себе 84 вопроса. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания, предложенная Виктором Бойко, позволяет диагностировать механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

По итогу анкетирования было выделено, что, на формирование синдрома эмоционального выгорания особое влияние оказывают следующие факторы:

1. Стаж работы. Данный синдром еще не сформировался ни у одной из медицинской сестры, но у всех он находится в стадии формирования, причем в наибольшей степени – у медсестер со стажем работы более 15 лет, в наименьшей – у медсестер со стажем от 1 года до 8 лет. Таким образом, чем больше стаж работы реабилитационной медицинской сестры, тем с большей вероятностью может наступить синдром эмоционального выгорания.

2. Возраст. Синдром эмоционального выгорания находится в стадии формирования у опрошенных медицинских сестер во всех возрастных группах.

3. Продолжительность рабочего дня. Синдром эмоционального выгорания находится в стадии формирования у всех опрошенных медсестер, независимо от графика их работы. Однако медицинские сестры, которые работают повышенное количество часов, имеют больше шансов получить эмоциональное выгорание.

Помимо этого, с помощью данной методики был произведен анализ числа симптомов эмоционального выгорания. Число симптомов составило от 1 до 9 из 12 возможных симптомов, в среднем их число составило 5. Но, поскольку работа в реабилитационном центре часто сопровождается эмоциональными перегрузками, то предположительно, что для установления диагноза – синдром эмоционального выгорания, у медицинских сестер данного профиля достаточно наличие меньшего числа, чем 12 симптомов.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1) большинство опрошенных родителей, а именно 96% удовлетворены профессиональной деятельностью медицинской сестры в вопросах реабилитации детей с ДЦП;

2) только 24% родителей хотели бы улучшить или внести какие-либо изменения в процесс профессиональной деятельности реабилитационной медсестры;

3) 90% детей ладят с медицинским персоналом, это говорит о том, что медицинская сестра старается найти индивидуальный подход к каждому ребенку;

4) медицинские сестры оценивают свою профессиональную деятельность, как удовлетворительную и стараются все время повышать свои компетенции в работе с детьми, страдающими ДЦП, и их родителями.

Для осуществления эффективной работы медицинской реабилитационной сестрой, которая находится в непосредственном контакте с детьми больными ДЦП и их родителями были разработаны рекомендации, которых следует придерживаться по организации работы отделения медицинской реабилитации для детей ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Центр медицинской реабилитации для детей:

– проведение медико-гигиенического обучения семьи пациента с ДЦП с целью формирования высокого уровня знаний и медицинской активности родителей по различным вопросам заболевания ребенка;

– обучение родственников пациента практическим навыкам в случаях назначения мероприятий лечебно-восстановительного характера, которые можно реализовать в домашних условиях;

– непрерывное сотрудничество между реабилитационной сестрой и семьей ребенка в период восстановительного лечения;

– осуществление систематического контроля правильного выполнения назначенных рекомендаций пациентами и их близкими людьми, обеспечивающих уход за ними;

– прохождение курсов повышения квалификации средним медицинским персоналом по профилактике профессионального выгорания.

Список литературы

1. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи: ДЦП, ЛФК, неврология [Текст] / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина – М.: Книга по Требованию, 2020. – 326 с.

2. Бортфельд, С.А. Двигательные нарушения и ЛФК при ДЦП [Текст] / С.А. Бортфельд, Е.А. Рогачёв. – Л.: Медицина, 2020. – 247 с.

3. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии [Текст] / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – М.: Просвещение, 2020. – 103 с.

ПРИНЦИПЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Сорокина А.В.

*Научный руководитель – Литвиненко Л.К., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Миома матки – широко распространенное гинекологическое заболевание. По статистике, оно встречается у 25% женщин, особенно в возрасте от 35 до 45 лет [3]. До недавнего времени единственным методом лечения миомы было удаление матки, но сегодня все чаще применяются другие более щадящие, малотравматичные методы лечения.

Наиболее подвержены риску развития миомы матки женщины позднего репродуктивного возраста и перименопаузального периода, но в последнее время наблюдается тенденция к «омоложению» заболевания, и миому все чаще диагностируют и у молодых женщин до 30 лет [3].

Широкая распространенность заболевания, высокая вероятность осложнений, связанные с этим риски для репродуктивного здоровья женщины, часто непредсказуемое течение делают миому матки важной медико-социальной проблемой. Несмотря на то, что чаще всего миома остается доброкачественным образованием, заболевание значительно сказывается на качестве жизни женщины. Пациентки могут испытывать серьезный дискомфорт, в том числе сильные тянущие боли в области малого таза, болезненные менструации, что также может негативно влиять на функции органов малого таза, снижение фертильности, увеличение объема живота.

При работе с пациентками с диагностированной миомой матки важно учитывать такие важные аспекты, как беспокойство пациенток по поводу исхода операции и возникновения осложнений. В связи с этим особенно важна психологическая подготовка и информирование пациенток об особенностях

течения заболевания, а также работа, направленная на повышение их уверенности в благоприятном исходе.

Сестринский процесс при миоме матки начинается с глубокого анализа состояния пациента. Стоит уделить внимание не только характеру и интенсивности боли, но и множеству других факторов, таких как возможные места иррадиации, момент начала и окончания боли. Подробно изучается наследственный фон, рассматривается наличие аналогичных заболеваний у родственников (сестер, матерей, тетей, бабушек), а также выявляются профессиональные риски, такие как химическое и радиоактивное воздействие, ночные смены, уровень стресса и дальние поездки [3].

Особое внимание уделяется не только медицинским аспектам, но и изучению некоторых аспектов личной жизни пациентов, включая семейные отношения и сексуальную активность [4]. Такие беседы являются важной частью сбора анамнеза. Полученные сведения могут помочь предсказать, а значит и вовремя пресечь возможные осложнения.

Важно не забывать и о влиянии миомы на другие органы и системы организма. Особое внимание уделяется функциональному состоянию мочевыделительной и пищеварительной систем. Важно выяснить, имеются ли трудности при мочеиспускании и дефекации.

После завершения этого этапа медсестры подготавливают все необходимое для дополнительных процедур обследования, таких как кольпоскопия, тест Шиллера, биопсия и другие. Они также заботятся о предоперационной подготовке пациенток, включая гигиенические процедуры, установку катетеров и обеспечение венозного доступа [3].

После операции медсестры продолжают ухаживать за пациентками, контролируя показатели здоровья, следят за пульсом, артериальным давлением, обслуживают катетеры, следят за питанием, сном, отдыхом и физическими нагрузками пациентов, делая все необходимое, чтобы обеспечить комфорт и безопасность в послеоперационный период.

При работе с пациентками большое значение имеют профилактические мероприятия [1]. Любое заболевание проще предотвратить. В качестве профилактики миомы врачи рекомендуют следующее:

- регулярно посещать гинеколога и проходить ультразвуковое обследование органов малого таза (1-2 раза в год);
- избегать абортов (использовать надежные средства контрацепции);
- планировать роды (оптимальный возраст для первых родов - 22 года, для вторых - 25 лет, для третьих - 35 лет);
- кормить грудью не менее 4-6 месяцев после родов;
- вести регулярную и гармоничную половую жизнь;
- избегать переохлаждения и не перегревать тело;
- придерживаться принципов рационального питания, соблюдать разумную диету [2];
- употреблять в пищу продукты, содержащие витамины-антиоксиданты и минералы (селен, цинк, йод, железо, витамины А, Е и С) [2];
- поддерживать оптимальный уровень физической активности, регулярно выполнять физические упражнения;
- контролировать свой вес и избавляться от лишних килограммов;
- соблюдать рациональный режим труда и отдыха, уделять достаточное внимание отдыху, высыпаться и избегать переутомления;
- по возможности избегать стрессов.

Также важно своевременно корректировать гормональные отклонения в организме и лечить воспалительные заболевания мочеполовой системы. Женщинам следует обращать внимание на изменения в своем самочувствии и женском здоровье. При появлении тревожных симптомов необходимо срочно обратиться к гинекологу.

Таким образом, исходя из вышеописанного ясно, что в целом миома матки оказывает значительное влияние на многие аспекты жизни женщины, начиная с состояния физического здоровья и заканчивая психологическим

благополучием. Поэтому важно, чтобы медицинские работники оказывали пациенткам всестороннюю поддержку и предоставляли исчерпывающую информацию, помогая пациенткам принимать обоснованные решения о лечении и ведении этого заболевания. Также немаловажно участие медицинских сестер в профилактике развития заболевания и предотвращении возможных осложнений.

Список литературы

1. Ахмедова, Н.М. Липидный статус у больных с миомой матки [Текст] / Н.М. Ахмедова // Экономика и социум. – 2022. – №11-2. – С. 312-317.
2. Влияние питания на течение миомы тела матки [Текст] / А.Р. Ахметгалиев, Г.Р. Хайруллина, Б.А. Сахабетдинов [и др.] // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2023. №6. – С. 92-95.
3. Миома матки: взгляд на проблему [Текст] / Р.А. Карамян, И.М. Ордянец, В.А. Хорольский [и др.] // Медицинский вестник Юга России. – 2022. – №2. – С. 18-25.
4. Психологический и сексологический портрет женщин с миомой матки [Текст] / А.Ю. Тарасова, Н.В. Палиева, Ю.А. Петров [и др.] // Главврач Юга России. – 2023. – №2. – С. 47-50.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ СТАРООСКОЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Сосновцев В.В.

*Научный руководитель - Ошейко С.Н, преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Данная тема является весьма важной, так как в ней рассматривается одна из наиболее острых проблем, возникающих в современном обществе, – сохранение здоровья. От состояния здоровья преподавателей, студентов, медицинских работников зависит их трудоспособность, возможность передачи знаний и опыта. Формирование здоровой личности начинается с положительных ориентиров, установки на общечеловеческие ценности и здоровый образ жизни.

Одна из основных проблем деятельности любого образовательного учреждения – повышение эффективности обучения. Образование должно способствовать укреплению здоровья подрастающего поколения. Это особенно актуально для медицинских специалистов. Только здоровый человек способен научить другого вести здоровый образ жизни.

Преподаватели и студенты являются настоящим и будущим нашего государства. От того каково состояние здоровья всех участников образовательного процесса, каков их образ жизни, в каких условиях они живут, учатся и работают зависит их трудоспособность, возможность максимальной передачи знаний и опыта, способствующая воспитанию и обучению будущих специалистов.

Преподаватель медицинского колледжа по своему социальному предназначению призван решать задачу формирования студента не только как будущего специалиста высокого профессионального уровня, но и как здорового человека, здоровой личности, воспитывая при этом положительные, конструктивные ориентиры и закладывая установки на общечеловеческие ценности, а также – на разумный и целенаправленный здоровый образ жизни.

У студентов в процессе обучения в учебном заведении должна быть сформирована компетентность здоровьесбережения, которая относится к социальным компетенциям. Способность мобилизовать эти знания в своей профессиональной деятельности характеризует компетенцию профессионально успешной личности. Поэтому одним из основных направлений системы среднего профессионального образования является внедрение здоровьесберегающих технологий обучения и воспитания. Медицинские работники на сегодня особо остро востребованы обществом и очень важно, чтобы в учреждения здравоохранения приходило физически и духовно здоровое поколение молодых специалистов.

Актуальность настоящего исследования обусловлена отсутствием комплексных исследований состояния здоровья и факторов, влияющих на него, у преподавательского состава и студентов СПО. Недостаточно изучена организация медицинской помощи, не разработаны научные подходы к формированию личной ответственности за сохранение и укрепление бесценного богатства – собственного здоровья в условиях пандемии. В связи с этим проведение комплексного медико-социального исследования состояния здоровья преподавателей и студентов представляется актуальной научно-практической задачей общественного здоровья и здравоохранения.

С целью определения отношения студентов к реализуемым технологиям здоровьесбережения нами было проведено социологическое исследование, в рамках которого предполагалось решить несколько задач:

- проанализировать самооценку состояния здоровья студентами,
- исследовать практику проведения здоровьесберегающих мероприятий,
- предложить рекомендации по оптимизации здоровьесберегающих мероприятий.

Исследование было проведено на базе ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж» по методике многоступенчатой выборки по трём специ-

альностям: сестринское дело, лечебное дело, акушерское дело. Общее количество респондентов 173 человека.

Критическое состояние здоровья современной молодежи подтверждается результатами самооценки студентов, участвующих в опросе. Абсолютно здоровыми считают себя 14% студентов, каждый седьмой считает себя нездоровым или больным.

Тревожным фактом является то, что наибольшая доля считающих себя больными среди студентов первого курса - 8,1% (для сравнения, среди трехкурсников - 5,9%). Хроническими заболеваниями страдают более 10% респондентов. Чаще всего встречаются заболевания пищеварительной системы - 15%, органов дыхания - 9%, нервной системы - 12%, сердечнососудистой системы - 7%.

Результаты опроса показали, что менее трети студентов (29%) в прошлом году ни разу не обращались к врачу, а более двух третей (71%) делали это с разной частотой. При этом 90% студентов постоянно используют рекомендованные индивидуальные средства защиты. Однако 10% студентов-медиков считают, что ношение медицинских масок не дают должного эффекта. Это ещё раз подтверждает предположение о несознательном отношении студентов к своему здоровью.

По мнению студентов, регулярное занятие спортом (41%) и отсутствие вредных привычек (34,2%) характеризуют человека, ведущего здоровый образ жизни. Примерно каждый пятый студент полагает, что систематическое выполнение физических упражнений (21,56%) и организация правильного питания (25,3%) решат проблемы их физического здоровья. Следят за состоянием своего здоровья 81% опрошенных. Таким образом, у студентов в целом сложилось адекватное представление о здоровом образе жизни.

Можно сделать вывод, что учебный процесс в колледже способствует формированию здорового образа жизни студентов. В процессе обучения формируется личность будущего специалиста, обладающая таким развиваемым качеством, как стремление к заботе о своем здоровье. Появляется спо-

способность раскрытия оздоровительных возможностей человека, развивается валеологическая активность. Таким образом, студент овладевает опытом практической деятельности, направленной на оздоровление организма, развитие умения вести здоровый образ жизни. Ведь успешная профессиональная деятельность будущих средних медицинских работников зависит от наличия крепкого здоровья.

Анализ оценки эффективности технологий здоровьесбережения студентами показал необходимость включения в план мероприятий предложений, направленных на сохранение и укрепление здоровья студентов:

1. Продолжать осуществлять образовательный процесс с использованием здоровьесберегающих педагогических технологий, обеспечивающих рациональный режим труда и отдыха студентов.

2. Активизировать работу спортивных секций, тренажерного зала, спортивной площадки.

3. Развивать культуру здорового образа жизни среди студентов посредством внеаудиторных мероприятий воспитательного характера

4. Проводить информационно-обучающие занятия с участием специалистов по профилактике вредных привычек среди студентов, разъяснению существующих систем оздоровления и закаливания, рационального питания.

5. Обеспечить совместную работу колледжа и семьи по формированию здорового образа жизни молодого поколения.

Список литературы

1. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. – М.: АПК и ПРО, 2020. – с. 62.

2. Советова Е. В. Эффективные образовательные технологии. – Ростов н/Дону: Феникс, 2018. – 285 с.

3. Щукина Г.И. «Активизация познавательной деятельности учащихся в учебном процессе». М., Просвещение. 2021.– 220 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ, ДЛЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В МОЕЙ БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИИ

Субочева П.Д.

*Научные руководители – Евдокимова Н.Б., Лыкова О.Н., преподаватели
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Актуальность моего проекта обусловлена цифровизацией общества. Сегодня каждый из нас выйдя на улицу, обращается к своему телефону: мобильное приложение транспорт, шагомер, погода или приложения, следящие за здоровьем - это лишь минимальный набор, который стоит у каждого в телефоне. На дисциплине «Охрана репродуктивного здоровья» большое внимание мы уделяли профилактике и здоровому образу жизни, создавали памятки, санбюллетени, вырабатывали рекомендации, как правильно вести себя в период беременности. Я предположила, что, наверное, существуют мобильные приложения, которые могут сопровождать беременность, давать рекомендации по питанию, правильному поведению в родах, тем самым оказывая помощь молодым мамам. Каково же было мое удивление, когда таких приложений оказалось огромное количество, поэтому, я считаю, актуальность выбранной мною темы неоспорима.

Цель моего проекта: ознакомиться с медицинским приложением «Беременность+», рассмотреть какие функции в нем существуют, выяснить какое количество беременных уже пользуется им и рекомендовать к использованию будущим мамам города Курска, доказать эффективность его использования при сопровождении беременности.

Перед собой я поставила следующие задачи: изучить источники по данному вопросу, провести сравнительный анализ приложений с помощью мониторинга сайтов и изучения отзывов в интернете. В практической части составить анкету и провести анкетирование среди беременных и рожениц ОПЦ и ОБУЗ «КГКРД», по результатам сформулировать выводы и выработать рекомендации для школы молодых мам.

Объект исследования: роженицы перинатального центра и городского роддома г. Курска.

Предмет исследования: мобильное приложение «Беременность+».

Методы исследования, которые я использовала: анализ и сбор информации, сравнение, мониторинг сайтов, статистический (обработка результатов анкетирования).

Гипотеза: я предположила, что использование приложения «Беременность+» дает будущим мамам психологический комфорт, способствует мониторингу состояния мамы и ребенка, помогают формировать здоровое и полезное меню, справляться с возникшими затруднительными положениями, без помощи врача.

В теоретической части своего исследования, прежде всего, рассмотрим понятие мобильное приложение. Мобильное приложение — это программное обеспечение, которое устанавливается на мобильных устройствах, таких как смартфоны или планшеты, обеспечивая определенную функциональную нагрузку. В данном случае это ведение и контроль беременности на всех этапах развития плода.

Изучив много источников, я провела сравнительный мониторинг мобильных приложений. Для этого я изучала отзывы пользователей, удобство интерфейса, технические характеристики, простоту и удобство меню, популярность этих приложений среди будущих мам. В результате, для рекомендации в «Школе будущих мам», мною было выбрано наиболее функциональное и доступное приложение «Беременность+».

Основные преимущества приложения: защищенные данные, календарь развития плода по неделям, записи показателей – трекеры прибавки веса, рекомендованный календарь визитов к врачу, мониторинг УЗИ, рост живота, счетчик схваток и шевеления. Дополнительными функциями являются: возможность вносить данные о температуре тела, весе, давлении, результатов анализов и фиксировать внутриутробные шевеления малыша, также можно ввести врачебные назначения будущей мамы, заметки и личные достижения,

то есть всегда быть в курсе своего текущего состояния. Мне очень понравилось меню, оно доступно и понятно. Но есть и свои недостатки: в приложении «Беременность+» некоторые инструменты недоступны в бесплатной версии.

В практической части нашего исследования, я провела анкетирование среди беременных и рожениц Курского областного перинатального центра и ОБУЗ «Городского роддома». (Мною было опрошено 158 человек).

«Место Вашего жительства? Город/село», 65% - это жители сельской местности, 35% - городские. Такие результаты связаны с тем, что большинство респондентов из ОПЦ.

«Ваш возраст?» 16-20 лет (9%), 21-30 лет (54%), 31-40 лет (33%), 41 и выше лет – 4%.

«Знаете ли Вы, что такое мобильное приложение «Беременность+»? 64% - знают, 9% - никогда не слышали и не представляют, что это такое, 27% - слышали, но не посчитали информацию об этом приложении серьезной и не внедрялись в этот вопрос.

Мы решили провести более узкое исследование и обработали анкету по возрасту. Нам показалось эта информация очень интересной, так как возрастная категория от 16 до 30 лет – 78% знают это приложение и у 69% - оно уже установлено в период беременности на телефоны. А вот в возрастной категории от 30 и выше лет – только 53% установили себе на телефон.

Проводя сравнительную характеристику, мы можем сказать, что возрастные будущие мамы, менее информированные в этом вопросе. А вот проводя сравнительную характеристику по месту жительства, мы выяснили, что городские жительницы используют приложение на 31% больше, чем сельские.

На вопрос «Откуда узнали, кто установил приложение?», были получены следующие результаты: интернет – 31%, посоветовали подружки или знакомые, недавно рожавшие родственники – 62%, а 7% - медработники.

«По какому принципу Вами выбиралось приложение?». По отзывам – 64%, первое попавшееся в плеймаркете – 11%, а 25% - по совету.

На вопрос «Как бы Вы хотели, чтобы Вас информировали об этом приложении?» 76% - хотели бы получать эту информацию в виде памяток, при постановке на учет в женскую консультацию.

«Считаете ли Вы, что установка приложения на телефон обеспечило молодым мамам психологический комфорт во время беременности?».

64% - ответили «да», так как к врачам звонить по телефону ежедневно не будешь, а здесь можно посмотреть нужную информацию, не выходя из дома.

«Какими функциями, Вы наиболее часто пользовались в приложении?». Ответы рожениц: календарь, следила за весом ребенка, проводила сравнительную характеристику трех УЗИ, выбирала имя малышу.

«Если бы Вы знали о таком приложении, установили бы Вы его себе на телефон?». 97% - конечно, 3% - сомневаюсь.

Вывод: на основе проанализированных анкетных данных, я пришла к мнению, что большинство будущих мам знакомо с приложением «Беременность+» и пользовались им во время беременности, а те, кто не знал о нем, в будущем будут обязательно устанавливать на телефон и активно пользоваться во время следующих беременностей. Я считаю, что необходимо советовать только изученные и проверенные мобильные приложения.

Конечно моя задача, как будущей акушерки, вести профилактическую работу с будущей мамочкой, объясняя ей, что не одно мобильное приложение не заменит прием у врача, которого необходимо регулярно посещать и выполнять все предписания, но в то же время помнить, что медицинские современные информационные технологии не стоят на месте. Мобильные приложения оказывают помощь молодым мамам. Да, мне предстоит работать в напряжении, так как в моих руках будут две жизни: мамы и малыша, но я хочу заботиться о них и горжусь своей будущей профессией.

Рекомендации: создать мастер-класс будущим мамам (знакомство с приложением «Беременность+») и видео-инструкцию, чтобы мамы могли сами его устанавливать и пользоваться.

Список литературы

1. Стрижаков, А. Н. Акушерство : учебник / Стрижаков А. Н. , Игнатко И. В. , Давыдов А. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1072 с. - ISBN 978-5-9704-5396-4. (обращение 22.02.24)

2. Учебник/ Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАРМедиа, 2020. — 576 с.: ил. ISBN 978-5-9704-5324-7 (обращение 20.02.24)

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Таранова В.В.

*Научный преподаватель – Комарова М.Н., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В мировой структуре распространенности онкологических заболеваний (с учетом обоих полов) на первом месте находятся рак легкого и рак молочной железы (по 11,6%), на втором – колоректальный рак (10,2%), на третьем – рак предстательной железы (7,1%). Далее следуют рак желудка (5,5%) и рак печени (4,7%). По смертности также лидирует рак легких (18,4%), на втором месте находится колоректальный рак (9,2%), на третьем – рак желудка (8,2%).

Среди женской популяции мира в большинстве стран наиболее часто встречается рак молочной железы (РМЖ): из 180 стран мира – в 154. В остальных 36 государствах самая частая онкологическая патология – рак шейки матки. Как причина смерти женщин на первом месте в большинстве стран также находятся рак молочной железы и рак шейки матки: такая ситуация прослеживается в 105 странах из 180; а в остальных странах на первом месте рак легких. В России в структуре заболеваемости ЗНО женского населения рак молочной железы занимает первое место (21,2%), как и в структуре смертности (15,9%).

Цель исследования: выявить, какова роль фельдшера в рамках предотвращения возникновения рака молочной железы.

Задачи исследования:

- Изучить понятие РМЖ;
- Рассмотреть этапы профилактических мероприятий рака груди;
- Проанализировать влияние работы фельдшера на профилактику заболеваний молочной железы.

Рак молочной железы – это злокачественная опухоль молочной железы, которая развивается именно из клеток железистой ткани. Эта патология является наиболее распространенным женским онкозаболеванием. Говоря о причинах и факторах развития рака молочной железы, стоит отметить, что у ученых пока нет точной информации. Существует список факторов, которые влияют на развитие рака, однако у некоторых болезнь диагностируют и при отсутствии этих факторов, другие же остаются здоровыми при их наличии.

Профилактика рака груди у женщин снижает смертность. Она направлена на уменьшение риска развития онкологии и предотвращение рецидивов болезни. Профилактика рака молочных желез включает в себя три основных этапа: первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на выявление начальных процессов образования злокачественных опухолей. Раннее выявление болезни является ключевым фактором для успешного лечения. В первичную профилактику входят здоровый образ жизни, регулярные физические упражнения, борьба со стрессом, контроль массы тела, правильное питание, регулярная самодиагностика и другие меры.

Вторичная профилактика начинается при обнаружении признаков онкологии в ходе самодиагностики. Женщина обращается к специалисту для проведения дополнительных диагностических процедур, таких как ультразвуковое исследование и маммография, что позволяет выявить наличие опухоли и принять необходимые меры.

Третичная профилактика направлена на своевременное выявление метастазирования. Диагностические мероприятия проводятся по плану лечения, назначенному специалистом-онкологом. Включает анализы крови на онкомаркеры, биопсию поврежденной ткани под контролем различных видов оборудования и другие методы.

Профилактика рака груди позволяет минимизировать риски развития болезни. Регулярная самодиагностика и обследования у специалистов помо-

гают своевременно выявить возможные изменения и повышают шансы на полное излечение.

Согласно профессиональным стандартам к трудовым функциям фельдшера относится проведение профилактических мероприятий первичной медико-санитарной помощи. При проведении санитарно-гигиенического просвещения населения необходимо обучать женскую часть населения методике самостоятельного обследования молочных желез для своевременной диагностики опухолей молочной железы. Самоосмотр молочных желез лучше начинать с 20 лет и выполнять его до конца жизни, включая период вынашивания плода, лактации и менопаузы. Проводить осмотр желательно в один и тот же день каждый месяц.

В репродуктивном периоде осматривать грудь нужно через несколько дней после окончания менструального цикла. В это время она менее чувствительна и отечна. В климатический период проводить обследование молочной железы в конце или начале месяца. При использовании оральных контрацептивов осмотр груди нужно выполнять в первый день после начала приема лекарства из новой упаковки. Каждая женщина, владея приемами самообследования, сможет патологические изменения в молочных железах. Обследование необходимо проводить при вертикальном (стоя) и горизонтальном (лежа на спине) положении тела. Необходимо осмотреть соски: нет ли их втяжения, не изменились ли их цвет и форма, нет ли изъязвлений. Важно осмотреть кожу желез: нет ли изменений цвета, отека, втяжений, изъязвлений.

Также стоит отметить, что рак молочной железы – очень распространённое мультифакторное заболевание, имеющее явную тенденцию к росту. Поскольку пациенты практически всегда слишком поздно обращаются к врачу, необходимо ввести дополнительные и более результативные методы профилактики, такие как пропаганда в СМИ, в больничных учреждениях, на местах работы, введение обязательных медицинских осмотров и контроль за их прохождением. При обследовании следует учитывать возраст, наследственность, индивидуальные особенности организма (гормональный фон, масса

тела, и т. п.), внешние факторы (радиационный фон). При выявлении явных факторов риска нужно обязательно вести особый пристальный контроль. Самая главная причина успешного излечения от рака молочной железы – ранняя профилактика, способная практически 100% обеспечить дальнейшую полноценную жизнь.

На основе проанализированных сведений можно сделать вывод, что фельдшер играет важную роль в обеспечении медицинской помощи в профилактике, диагностике и даже лечении РМЖ, особенно в рамках предотвращения возникновения заболевания и восстановления пациентов после перенесенного недуга. Основное участие фельдшера в борьбе с раком молочной железы заключается в следующем:

- Образование и информирование населения: самообследованию, проведение обучающих программ о важности ранней профилактики;

- Проведение скрининговых программ: участие в проведении инструментальных методов обследования, таких как маммография и ультразвуковое исследование;

- Организация послеоперационного ухода и др.

Список литературы

1. Борисов Н.В. Причины и профилактика рака молочной железы / Н.В. Борисов, С.Т. Тевосян, Е.С. Груздева. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2019 – № 7 (245). – С. 134-135.

2. Давыдов, М.И. Онкология: учебник / М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев [и др.]. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2020. - 920 с.: ил. - 920 с.

3. Кобикова И. А. Лечение пациентов онкологического профиля: практикум / И.А. Кобякова, С.Б. Кобяков. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2022. - 144 с.

4. Онкология: учебник / под ред. Ш.Х. Ганцева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 704 с.

ПРОБЛЕМА ЛИШНЕГО ВЕСА У ПОДРОСТКОВ

*Терехова А.В.
Научный руководитель – Чернышева И.А.,
преподаватель Львовского филиала
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Львов*

Актуальность. Ожирение у подростков является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. В рационе современного человека стало меньше пищевых продуктов в их натуральном виде, а больше кулинарно-обработанных. Ожирение – это хроническое заболевание обмена веществ с избыточным развитием жировой ткани [1].

Каждый из нас имеет свое представление о нормальном весе, однако оно далеко не всегда соответствует принятым в медицине стандартам. Объективно оценить свой вес вы можете, рассчитав индекс массы тела. Об избыточной массе тела можно говорить при индексе массы тела более 25 кг/м^2 , об ожирении – при индексе массы тела более 30 кг/м^2 . Ожирение может развиваться в любом возрасте.

Сегодняшние подростки подвержены тем же проблемам, что и взрослые – высокая загруженность в учебе, дополнительные занятия, часто мало-подвижный образ жизни и несбалансированное питание. Вследствие этого у них начинает появляться лишний вес, и возникают проблемы с сердцем, сосудами и суставами уже к концу периода обучения в школе и после неё. Основной особенностью организма подростков является ускоренный переход от детского состояния к взрослому, который часто сопровождается эндокринными нарушениями, гормональными сбоями и ухудшением общего самочувствия. Среди характерных особенностей подростков часто отмечают ускоренный рост, часто выражающийся в угловатости фигуры и неуклюжести движений, возникновение юношеских угрей, а также повышенную эмоциональность. Одной из самых ярких особенностей подросткового возраста является растущая активность половых гормонов. Благодаря серьезной гормо-

нальной перестройке у девочек появляются менструации, начинает расти грудь, у мальчиков происходит изменение голоса и растут волосы на лице и всем теле. Именно для подростков характерен повышенный интерес к отношениям с противоположным полом и растущее физическое влечение [3].

Другая проблема, с которой сталкиваются подростки, – сложности в общении. Одни предпочитают дружить со сложившимися группами из 2-3 друзей или подруг, другие чувствуют себя одинокими и часто ищут «отдушину» в виртуальном общении, которое дает им мнимую уверенность в себе и ощущение собственной значимости. Нестабильности психики и гормонального фона может привести к различным другим проблемам, например, к расстройству пищевого поведения. Его результатом может стать появление лишнего веса.

Среди основных причин развития ожирения у подростков выделяют следующие: перекармливание – когда родителям или бабушкам кажется, что подросток ест слишком мало; малоподвижный образ жизни (подростки часто предпочитают играть в компьютерные игры, сопровождая эти процессы поеданием высококалорийной, сладкой и жирной пищи – выпечки, пирожных, чипсов и бургеров); эндокринные нарушения (у подростков с гипотиреозом наблюдается задержка в развитии, а также отечность и нарушения в работе пищеварительной системы) [4].

Ожирение оказывает негативное воздействие на все системы организма. Оно приводит к развитию гипертонической болезни, заболеваниям опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, сахарного диабета.

Недостаточное потребление овощей и фруктов, избыток жира и углеводов в питании приводит к развитию избыточной массы тела, гипертонии, анемии, способствует повышенному содержанию холестерина в крови и, как следствие, повышенному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, различных онкологических заболеваний [1].

Режим питания человека обычно регулируется аппетитом. Необходимо иметь в виду, что в результате определенной инерции возбуждения пищевого центра, аппетит сохраняется еще некоторое время даже после приема пищи.

У полных подростков гораздо чаще возникают гинекологические проблемы. Зачастую возникает дисфункциональное кровотечение, бесплодие, нарушение цикла. При ожирении увеличивается количество мужских гормонов. Снижая вес, можно стабилизировать гормональный фон, избавиться от бесплодия [5].

У подростков мужского пола наоборот, при ожирении снижается количество мужских гормонов, что снижает половое влечение, потенцию и может привести к увеличению грудных желез.

Практическая часть

Разработали анкету, провели анкетирование среди группы подростков, проанализировали, обобщили и систематизировали полученные результаты.

Экспериментальная работа проводилась на базе ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж» Львовский филиал. Всего в экспериментальном исследовании приняли участие 50 респондентов в возрасте 15-18 лет.

АНКЕТА

1. Ваш вес?
2. Ваш рост?
3. Сколько Вам полных лет?
4. Какой объем воды Вы выпиваете за сутки?
5. Сколько раз в сутки Вы принимаете пищу?
 - а) Один раз в день
 - б) 2-3 раза в день
 - в) 3-4 раза в день
 - г) 5 раз и более
 - д) Как получится
 - ж) Затрудняюсь ответить
6. Как часто (сколько раз) в неделю Вы занимаетесь спортом?
7. К какой группе физической активности Вы относите свой образ жизни (очень активный, достаточно активный, недостаточно активный, пассивный)?

8. Любите ли Вы овощи?
9. Любите ли Вы мучное?
10. Любите ли Вы жареное?
11. Любите ли Вы жирное?
12. Любите ли Вы сладости?
13. Какое у Вас сейчас давление?
14. Бывают ли у Вас приступы одышки?
15. Как Вы считаете, сколько у Вас лишних килограммов?
16. Какой размер одежды Вы носите?
17. А какой бы хотели носить?
18. На сколько сильно Вы себя любите?
19. Как Вы считаете Ваш вес:
 - а) недостаточный
 - б) в норме
 - в) избыточный
 - г) я страдаю ожирением (любой степени)
 - д) затрудняюсь ответить
20. С какого веса «начинается» избыточный вес для человека ростом в 170 см? а) более 63 кг б) более 75 кг в) более 87 кг г) более 99 кг

Из числа опрошенных респондентов 33% оказались в возрастной категории от 15-16 лет и 67% – 17-18 лет

Средний рост анкетированных подростков составил 165 см. В категории подростков 15-16 лет 42% имеют нормальный вес, соответствующий росту, 10% с индексом массы тела 15, 34% – ИМТ до 20, 14% – ИМТ 22. В категории подростков 17-18 лет 27% имеют нормальный вес, соответствующий росту, 20% с индексом массы тела 15, 39% – ИМТ до 20, 14% – ИМТ 22.

Из числа опрошенных респондентов только 8% пьют достаточное количество воды в день, из них 77% подростков в возрасте 15-16 лет и 23% – подростки 17-18 лет.

В категории подростки от 15-16 лет 68% опрошенных принимают пищу «как получится», остальные 32% принимают пищу 2-3 раза в день.

У студентов 17-18 лет прием пищи составляет: 3-4 раза в день – 71%, 5 раз в день – 17% и 12% затруднились ответить на этот вопрос. Спортом занимаются 43% в возрасте 15-16 лет и 57% – студентов 17-18 лет.

По физической активности можно сказать, что студенты 15-16 лет: очень активные – 5%, достаточно активные – 33%, недостаточно активные – 25% и пассивные – 37%, а студенты 17-18 лет: очень активные – 3%, достаточно активные – 19%, недостаточно активные – 12% и пассивные – 66%.

Большинство студентов (87%) из двух возрастных категорий предпочитают мучное, сладости, макароны, картофель и только 13% опрошенных отдадут предпочтение овощам и фруктам.

Выводы:

1. Анкетирование студентов Львовского филиала продемонстрировало информированность о правилах рационального питания, избыточном весе, ожирении как заболевании и причинах его возникновения.

2. Большинство студентов, не придерживаются правил рационального питания и нуждаются в мерах по его упорядочению и оздоровлению.

3. Пищевые привычки студентов: редкое употребление фруктов и овощей, частое употребление энергетически насыщенной пищи (сладкое и мучное), нерегулярный контроль веса являются серьёзными факторами риска развития нарушений веса, и, как следствие, – хронические заболевания.

4. Результаты проведённого анкетирования позволяют выявить слабые стороны по формированию здорового образа жизни и рациональному питанию.

Разработаны рекомендации по проблеме излишнего веса подростков:

- ограничение сладких напитков, сладких молочных продуктов;
- как минимум 4-х разовое питание, обязательный завтрак;
- обогащение рациона овощами (для подростков – 400 г в день).

Кроме рекомендаций мы разработали буклет-памятку для подростков «Профилактика излишнего веса у подростков».

В заключении хотелось бы отметить, что ожирение напрямую связано с образом жизни человека, и факторы образа жизни, способствующие нарастанию избыточного веса, в настоящее время преобладают. XXI век внес коренные изменения, как в образ жизни, так и в структуру питания современного человека.

Список литературы

1. Наговицин, А.К., Лущик, М.В., Остроухова, О.Н. Проблема ожирения в современном обществе// Материалы МСНК «Студенческий научный форум 2024». – 2020. – № 3. – С. 19-21.
2. Витебская, А.В. Образ жизни детей и подростков с ожирением/ А.В. Витебская, Е.А. Писарева, А.В. Попович// Ожирение и метаболизм. – 2021. – Т. 13. – № 2. – С. 33-40.
3. Дедов, И.И. Ожирение у подростков в России/ И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, С.А. Бутрова, [и др.]// Ожирение и метаболизм. URL: https://publish.http://adm.rkursk.ru/index.php?id=68&mat_id=82204 2021. – Т. 3, №4. – С. 30-34.
4. Красноперова, О.И. Факторы, способствующие формированию ожирения у детей и подростков/ О.И. Красноперова, Е.Н. Смирнова, Г.В. Чистосуова [и др.]//Ожирение и метаболизм. – 2020 URL: (дата обращения: 12.03.2024) http://adm.rkursk.ru/index.php?id=68&mat_id=82204 Т.10, №1. – С. 18-21.
5. Халина Т.А., Жердева К.Ю. Состояние здоровья подростков Курской области// Научное сообщество студентов XXI столетия. Естественные науки: сб. ст. по мат. XXV междунар. студ. науч.-практ. конф. №11 (24).

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Титова Я.И.

*Научные руководители - Куприна С.Н., Прокудина О.А., преподаватели
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Вопросы здорового образа жизни во все времена были актуальны. В настоящее время вопрос сохранения и укрепления здоровья молодого поколения занимает важное место в системе социальных ценностей и приоритетов, являясь особенным показателем общего развития общества, социального и экономического благополучия государства в целом.

Проблема сохранения и укрепления здоровья студентов занимает одно из ведущих мест в системе образования, так как во время обучения студенты получают не только профессиональные навыки, но в этот период жизни происходит формирование их социального статуса.

Вредные привычки все больше распространяются среди студенческой молодежи и оказывают негативное влияние, как на общество в целом, так и на отдельного человека, ежегодно отравляя и разрушая здоровье людей. Важное значение в сохранении и укреплении здоровья молодого поколения имеет устранение различных факторов риска таких как: пассивный образ жизни, низкий уровень культуры, не соблюдение рационального и сбалансированного питания, употребление спиртных напитков, наркотических веществ, табакокурение, компьютерная зависимость, напряженные отношения в семье и многое другое.

Организация здорового образа жизни (ЗОЖ) в процессе обучения молодежи - это совокупность необходимых мероприятий, которые должны быть направлены на сохранение здоровья каждого обучающегося, мотивацию к личной ответственности за свое здоровье, борьбу с факторами риска, распространение информации о последствиях от злоупотребления вредными привычками. Независимо от педагогических целей образовательный процесс не

должен вредить здоровью, а должен учитывать ресурсы каждого ребенка, студента. Именно поэтому в обучении используются личностно-ориентированные технологии, которые направлены на обеспечение гармоничного физического, умственного и психологического развития студента.

Студенты - это слой населения, который можно отнести к группе повышенного риска. Сложные возрастные особенности молодежи, такие как адаптация, к физиологическим изменениям, иным условиям проживания и обучения, формирование межличностных взаимоотношений в новом коллективе могут выражать негативное влияние к ЗОЖ.

Формирование здорового образа жизни у студентов в образовательном процессе является важнейшей задачей преподавателей, общества. Необходимо стимулировать студентов к сохранению, укреплению здоровья, пропагандировать и поддерживать культуру здорового образа жизни среди молодежи. Следует внедрять в образовательный процесс знания, направленные на формирование здорового образа жизни, начиная с самого раннего возраста и заниматься самовоспитанием личности.

Сегодня студент, а завтра медицинская сестра или врач. Они не имеют права обладать плохой работоспособностью, низким уровнем здоровья. Такой «идеальный» специалист должен обладать и высоким потенциалом профессиональной дееспособности, надежности.

В ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж» особое внимание уделяется разработкам оздоровительных технологий, методов и методик формирования мотивации и навыков здорового образа жизни, организации обучения и помощи по их применению в учебно-воспитательном процессе каждого студента. С этой целью в нашем колледже осуществляются системные мероприятия по сохранению и укреплению здоровья студентов:

1. Горячее питание.
2. Рациональная организация учебного процесса.
3. Пропаганда здорового образа жизни.

4. Лекции, консультации по проблемам сохранения и укрепления здоровья.

5. Дни здоровья, туристические походы во время каникул и праздников, соревнования.

6. Тренажерная площадка.

7. Вовлечение студентов в различные спортивные секции и клубы по интересам.

8. Приобщение к религии, с целью обеспечения духовного здоровья.

9. Проведение классных часов на различные темы, касающиеся непосредственно здорового образа жизни.

10. Привлечение студентов к участию в общественной жизни колледжа.

Целью нашего исследования стало выявление отношения студентов ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж» к формированию здорового образа жизни.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Провести анкетирование среди студентов 2 курса специальности Сестринское дело с целью выявления отношения студентов к ведению здорового образа жизни.

2. Провести анализ полученных результатов, разработать рекомендации по формированию ЗОЖ студентов колледжа.

Основным методом исследования в данной работе выбрана анкетная форма опроса. В анкетировании приняли участие 120 студентов групп 2 курса специальности Сестринское дело ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», среди которых 8 юношей и 112 девушек. Студентам было предложено ответить на следующие вопросы анкеты.

Анализируя полученные данные респондентов, принимавших участие в анкетировании, выяснили, что большинство опрошенных студентов не имеют вредных привычек, что составило 70% (84 чел.) и 30% (36 чел.) злоупотребляют вредными привычками.

На вопрос «Ваше личное отношение к здоровому образу жизни?» были получены следующие данные: это здорово - 40% (48 чел.); можно обойтись и без него - 25 % (30 чел.); иногда следует соблюдать - 30% (36 чел.); не могу ответить - 5% (6 чел.). Таким образом, большинство студентов считают, что здоровый образ жизни - это здорово.

В ходе исследования мы выяснили, часто ли задумываются студенты колледжа о правильности своего образа жизни: часто - 40% (48 чел.) так ответило большинство респондентов; очень редко - 35% (42 чел.); вообще об этом не думаю - 25% (30 чел.).

Из проведенного анкетирования выяснилось, что большая часть обучающихся могут себе позволить посещение различных спортивных секций, залов, бассейна - 35% (42 чел.); могут, но не видят в этом смысла - 30% (36 чел.); не могут, т.к. нет времени - 20% (24 чел.); не могут, так как не хватает денег - 15% (18 чел.).

Так же студентам был задан вопрос: «Придерживаетесь ли Вы правильного питания?». Из всех опрошенных респондентов ответили положительно 95 %, что составило 114 человек и только 5% (6 чел.) ответили - нет.

Проанализировав ответы студентов на поставленный вопрос «Как Вы считаете, способствует ли здоровый образ жизни успеху в других сферах человеческой деятельности (учеба, работа и т.д.)?» от всех студентов был получен ответ «да» - 100% (120 чел.). Из полученного результата можно сделать вывод; что все опрошенные студенты считают, что здоровый образ жизни способствует успеху в других сферах человеческой деятельности.

На основании проведенного анализа результатов опроса респондентов ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж» можно сделать следующий вывод, что большинство студентов нашего колледжа придерживаются здорового образа жизни, не злоупотребляют вредными привычками, регулярно занимаются различными видами спортивной деятельности, следят за режимом и правильным питанием.

Таким образом, только хорошо организованная пропаганда медицинских, гигиенических знаний способствует снижению заболеваний, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение. Для пропаганды здорового образа жизни необходимо: вводить в учебные программы дисциплины, пропагандирующие здоровый образ жизни и его формирование; ежегодно проводить конференции «Здоровый образ жизни и его формирование».

В формировании здорового образа жизни приоритетной должна стать роль образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья молодёжи, формирование активной мотивации заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих.

Список литературы

1. Безруких М. М. Как разработать программу формирования культуры здорового и безопасного образа жизни в образовательном учреждении. / М. М. Безруких, Т. А. Филиппова. - Москва: Просвещение, 2016. - 128 с.

2. Кучма В. Р. Здоровый человек и его окружение: учебник для медицинских училищ и колледжей / В. Р. Кучма, О. В. Сивочалова. - 4-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАРМедиа, 2015. - 544 с.

3. Назарова Е. Н. Здоровый образ жизни и его составляющие / Е. Н. Назарова, Ю. Д. Жилов. - Москва: Академия, 2016. - 256 с.

РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ

Томаровская А.Е.

*Научный руководитель – Литвиненко Л.К., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Для полноценного овладения профессией человеку необходимо знать профессиональный язык. Для специалистов в области медицины таким языком является латинский. Латинский язык – универсальный язык науки, он упрощает обмен знаниями и коммуникацию между специалистами из разных областей знаний: юриспруденции, филологии, политики, истории и, конечно, медицины. Латынь позволяет врачам и ученым из разных стран понимать друг друга без каких либо сложностей.

Процесс зарождения медицинской терминологии начался в античные времена, когда греческие медики, врачи и философы, такие как Гиппократ и Гален, использовали латинские термины для описания заболеваний, анатомии человека и методов лечения [1]. В истории медицины формирование единой медицинской терминологии на латинском языке сыграло ключевую роль в установлении общепринятых терминов и понятий, которые используются и сегодня. Латинский язык оказал огромное влияние на развитие медицинской науки, став тем связующим звеном, которое позволило ученым не только из разных стран, но и из разных эпох, обмениваться опытом и знаниями, что в свою очередь способствовало новым открытиям, прогрессу и развитию медицины.

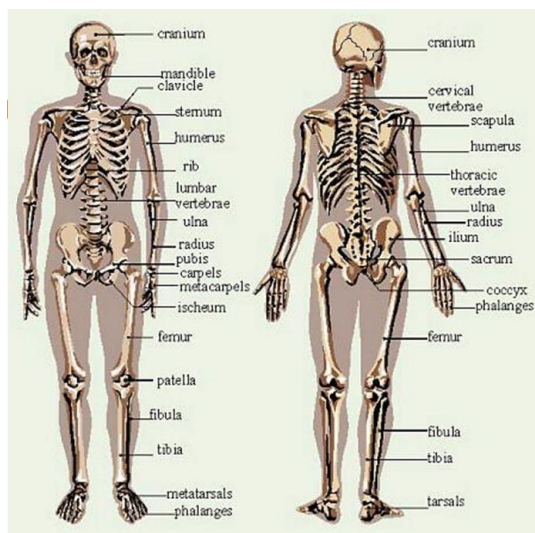
В дальнейшем положение латыни, как универсального средства распространения научных знаний, еще прочнее оформилось и укрепилось в средние века и эпоху Возрождения. Все книги, церковная литература, учебные материалы и научные трактаты писались на латыни. Таким образом, латинский язык стал «языком образованных» и широко использовался в научных кругах для обмена знаниями и идеями. Знание латыни и умение выражать свои мысли с его помощью было свойственно всем знаменитым уче-

ным, которые считали его наиболее правильным и точным средством выражения суждений. В частности, многие труды М.В. Ломоносова были написаны на латинском, включая работы в области медицины. На латыни писал и великий русский хирург Н.И. Пирогов, и выдающийся русский ученый, физиолог И.П. Павлов, который написал послание к молодежи «Ad juventutem epistola» [2].

Долгие века латинский язык продолжал оставаться ключевым языком для ученых, художников и просветителей, но со временем постепенно вытеснялся другими языками и сегодня утратил свое былое значение. Международным языком в наши дни считается английский, однако при необходимости перевода с английского часто возникает проблема многовариантности трактовок, что неизбежно увеличивает вероятность совершить ошибку. В сфере медицины ошибки – непозволительная роскошь, поскольку их цена слишком высока. В свою очередь, латинский язык, в отличие от «живых» языков, которые постоянно развиваются, трансформируются, приобретая новые формы и особенности, неизменен. Латинский язык обладает точными и однозначными терминами, что исключает возможность недопонимания или двусмысленности при общении с коллегами из разных стран. Использование латинской терминологии в профессиональном общении способствует консолидации мирового сообщества медиков.

По этой причине, несмотря на то, что в широком смысле латинский язык сегодня утратил свое значение, для специалистов в сфере медицины латынь по-прежнему остается основным языком профессиональной коммуникации. Медикам с древних времен известна латинская пословица: *In via est in medicina via sine lingua Latina* – непроходим путь в медицине без латинского языка [1]. Без знания латыни невозможно получить медицинского образования. Врач должен свободно владеть терминологией, с которой он ежедневно сталкивается в своей профессиональной деятельности. Латынь в медицине используется в клинической, анатомической и фармацевтической терминологии. Особую роль латынь выполняет в анатомии и фармакологии. Все части

тела, органы имеют латинское название, латинская терминология используется для обозначения ботанических терминов, лекарственного сырья и т.д. (рис. 1) [3].



А)

Form B is a medical prescription form. It includes fields for:

- Inscriptio:** Министерство здравоохранения Российской Федерации, Код формы по ОКУД 3108805, Медицинская документация, Форма №148-1у-88, Пятигорская городская поликлиника №4, пр. Калинина, д. 1, тел. 2-20-47, Утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. №110.
- Datum:** РЕЦЕПТ, Серия XIV № 123456, «29 марта» 2007 г., (дата выписки рецепта).
- Notes:** (взрослый, детский – нужное подчеркнуть).
- Nome n. aegroti:** Ф.И.О. больного: Степанова Любовь Сергеевна (полностью), Возраст: 44 года, Адрес или № медицинской карты амбулаторного больного: №631-4п.
- Nome n. medici:** Ф.И.О. врача: Морозов Павел Александрович (полностью).
- Invocatio:** Руб. | Коп. | Rp: Camphorae 2,0 (Basis), Natrii bromidi 2,0 (Adjuvans), Sirupi simplicis 5 ml (Compens), Aquae purificatae 200 ml (Constituens). Below this: Misce fiat mixtura.
- Signatura:** Да, Signa: По 1 столовой ложке 3 раза в день после еды.
- Subscriptio medici:** Подпись и личная печать врача, Рецепт действителен в течение 10 дней, 1 месяц для рецептов.

Б)

Рис. 1. Примеры использования латинского языка в медицинской терминологии: А) скелет человека; Б) рецептурный бланк [3]

Широко применима латынь в клинической терминологии, включая в себя названия болезней, симптомов, синдромов, названия операций, методы лечения и обследования, медицинских приборов и инструментов [3]. Клиническая терминология насчитывает около тысячи терминов, которыми пользуются до сих пор.

Применение единого профессионального языка объединяет медиков всего мира, способствует унификации медицинской литературы и образования в целом. Современный врач в профессиональной деятельности употребляет более 60% слов латинского и греческого происхождения [4].

Помимо прочего, изучение латинского языка способствует выработке системного и ассоциативного мышления. Возможность проследить связь современных европейских языков и русского языка с латынью позволяет под-

нять их изучение на качественно иной уровень и увеличить словарный запас [5].

Таким образом, знание латинского языка имеет огромное значение как для тех, кто только открывает для себя мир медицины – студентов-медиков, так и для практикующих врачей и специалистов медицинского звена. Основные причины, по которым латинский по сей день является эффективным средством коммуникации в сфере медицины заключается в том, что он, во-первых, обеспечивает единство и стандартизацию терминологии в медицине, благодаря использованию латинских терминов исключается возможность путаницы или неправильного толкования понятий из-за разночтений или расхождений в переводах. Во-вторых, латынь обеспечивает универсальность: латинские термины понимаемы медицинскими специалистами во всем мире.

И наконец, использование латинского языка в медицинской терминологии позволяет сохранить преемственность, связь с многовековой историей развития медицинской науки. Пока жива медицина, латынь будет жить вместе с ней, вопреки теории «мертвого» языка.

Список литературы

1. Татаренко, Т.Д. Необходимость преподавания латинского языка в высшей медицинской школе [Текст] / Т.Д. Татаренко, А.А. Токпанова // Вестник КазНМУ. – 2014. – №4. – С. 316-317.
2. Хакимова, В.М. Роль латинского языка в медицине и в современном мире [Текст] / М.В. Хакимова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – №3. – С. 139-141.
3. Татаренко, Т.Д. Анатомическая, фармацевтическая и клиническая терминология на занятиях латинского языка [Текст] / Т.Д. Татаренко, А.А. Токпанова // Вестник КазНМУ. – 2014. – №1. – С. 356-359.
4. Князева, Т.Х. Латинский язык как основной язык медицины» [Текст] / Т.Х. Князева // Инновационная наука. – 2016. – №5-3(17). – С. 137-139.

5. Сокол, А.Ф. О значении латинского языка в формировании профессиональной и общей культуры врача [Текст] / А.Ф. Сокол, Р.В. Шурупова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – №7. – С. 167-172.

ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Труфанова П.А.

*Научный руководитель – Шебашева Е.Г., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол*

Актуальность: Одну из важных позиций в структуре общей заболеваемости населения России занимают стоматологические заболевания, в том числе, зубочелюстные аномалии и деформации, частота которых составляет от 11,4 до 71,7%. В настоящее время число пациентов, обращающихся к врачу-ортодонт, увеличивается. При этом процент поражения твердых тканей зубов кариесом и возникновение воспалительных заболеваний пародонта в процессе ортодонтического лечения остается высоким и составляет от 25 до 100%.

Самой распространенной конструкцией, используемой во время ортодонтического лечения, является брекет-система, состоящая из двух элементов - дуги и замков (брекетов), которые фиксируются на зубах и держат дугу. Ортодонтическая дуга сделана из металла с памятью формы.

Наличие брекет-системы в полости рта затрудняет самоочищение зубов и гигиенический уход за полостью рта, поэтому нередко страдает эмаль зубов. Ее повреждают бактерии, скапливающиеся в налёте вокруг брекетов, под дугами, на элементах брекет-системы. Бактерии питаются частицами пищи, остающейся на зубах, активно размножаются, а продукты их жизнедеятельности (органические кислоты) повреждают эмаль. Первыми признаками деминерализации эмали являются меловидные пятна глубиной 100 мкм, появляющиеся уже через 1 месяц после фиксации ортодонтической аппарату-

ры. Кроме того, бактерии приводят к гингивиту - воспалительному процессу десен, сопровождающемуся гиперемией, болью и кровоточивостью.

Уход за полостью рта при наличии несъемных ортодонтических конструкций является обязательным и имеет свои особенности.

Если на ортодонтическом лечении находится ребенок, то необходимо обучить его гигиене полости рта в несколько этапов. Вначале необходимо показать ребенку и его родителю правильный метод чистки зубов, предназначенный для ортодонтических конструкций. После этого произвести контролируемую чистку зубов при помощи фантома, используя закрепления навыка в виде игры. Далее следует подобрать индивидуальные средства гигиены полости рта и дать рекомендации по уходу за ортодонтическими конструкциями.

Рекомендуется чистить зубы в течение 5 минут после приема пищи. Сначала выполняются горизонтальные движения щетки вдоль всей дуги, как на верхней, так и на нижней челюсти, чтобы удалить остатки пищи с поверхности зубов. Затем зубы очищают по стандартной методике как и без несъемных ортодонтических конструкций.

Рассмотрим необходимые средства и предметы для индивидуальной гигиены полости рта пациента, использующего брекет-систему:

1. Ортодонтическая зубная щетка является основным инструментом для чистки зубов в брекет-системе, а также для очищения поверхностей зубов, не занятых ортодонтической аппаратурой. Она имеет специализированную V-образную выемку в щетине, которая позволяет одновременно очищать брекеты и поверхность зубов. Кроме того, ортодонтическая щетка обладает головкой небольших размеров и средней жесткостью, что обеспечивает оптимальное очищение зубов.

2. Монопучковая зубная щётка - эффективная и уникальная щетка, оснащенная всего одним пучком щетинок и компактной головкой, что обеспечивает беспрецедентное очищение поверхностей рядом с брекетами и проблемных участков придесневого пространства, на которые обычные щетки

недостаточно эффективны. Монопучковая щетка предназначена для дополнительного использования, параллельно с основной.

3. Электрические зубные щётки доказали свою эффективность и являются хорошей альтернативой мануальной зубной щетке. Существует огромное количество различных щеток и насадок, разработанных специально для людей с брекетами. Некоторые из них могут заменить обычные щетки с V-образной щетиной или монопучковые щетки, так как имеют две головки, выполняющие те же функции. Однако стоит отметить, что неправильное использование и некорректный режим применения электрических зубных щеток может стать причиной повреждений эластических элементов брекет-системы, а иногда даже отклеить брекететы.

4. Ёршики незаменимы при очистке промежутков между брекетами, зубами, участками под дугами и другими элементами брекет-системы.

5. Суперфлосс - разновидность зубной нити. Он предназначена для лиц с брекетами, мостовидными протезами и имплантатами. Суперфлосс особенно необходим во время ортодонтического лечения для очистки межзубных промежутков (в процессе лечения межзубные промежутки могут увеличиваться). Он отличается от обычной зубной нити несколькими принципиальными особенностями: каждый отрезок зубной нити разделен на три части, имеющие разную толщину и назначение.

6. Ирригатор - гигиеническое устройство, удаляющее зубной налет с помощью пульсирующей или постоянной струи воды. Может использоваться как альтернатива применению сразу нескольких средств гигиены, однако после использования ирригатора рекомендуется почистить зубы. Для повышения эффективности ирригаторов можно использовать специальную жидкость или бальзам для ирригаторов, а также добавлять в воду ополаскиватели для полости рта, антисептики (хлоргексидин, мирамистин) или отвары трав, например, ромашки. Желательно иметь съемную насадку: для ортодонтического использования (сильноизогнутая, более заостренная форма, дающая возможность чистить самые удаленные зубы) и резиновый наконечник, кото-

рым можно массировать десны с помощью струи воды и самой насадки. Такой массаж очень полезен на начальных этапах ортодонтического лечения.

7. Ополаскиватели для полости рта, отличающиеся по активным веществам, назначению, производителям и вкусовым качествам. Они должны выполнять две основные задачи: уменьшать воспаление десен и бороться с патогенной микрофлорой в полости рта. Во время ортодонтического лечения полоскать рот следует ежедневно, а лучше несколько раз в день. Это значительно улучшит состояние десен и общую гигиену полости рта.

Таким образом, гигиенический уход за полостью рта при наличии ортодонтических конструкций является сложной задачей и подразумевает следующую последовательность действий 2-3 раза в день или после каждого приема пищи:

1. Использование ирригатора.
2. Чистка основной зубной щёткой (желательно с V-образной щетиной).
3. Чистка зубов монопучковой зубной щёткой.
4. Использование ёршиков.
5. Очищение межзубных промежутков суперфлоссом.
6. Полоскание полости рта ополаскивателем.

При соблюдении всех рекомендаций результат ортодонтического лечения будет соответствовать ожиданиям и не сопровождаться другой стоматологической патологией.

Список литературы

1. Килифян, О.А. Гигиена полости рта: Краткий курс / О.А. Килифян. – Ростов на/Д.: Феникс, 2018. – 221с.
2. Николаев, А.И. профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта у взрослых / А.И. Николаев и др.- М.: МЕДпресс- информ, 2018. – 192с.

3. Муравянникова, Ж.Г. Основы диагностики и профилактики стоматологических заболеваний: уч. пособие / Ж.Г. Муравянникова, О.В. Панайотова.- Ростов н/Д: Феникс, 2020. – 504с.

ВЛИЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАМИ

Умнова Л.А.

*Научный руководитель – Ефремова К.М., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

В России отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа людей, перенесших операции с формированием стомы, что обусловлено прежде всего неуклонным ростом онкологических заболеваний, опасных для жизни пациентов. Согласно статистическим данным Росстата на 2022 год, взято на учет больных с впервые в жизни установленным диагнозом: злокачественные новообразования – 523,7 тыс. человек. Из них 187,6 тыс. человек имеют стому.

Стомированный пациент является не только больным по основной этиологии, но в результате калечащей хирургической операции, связанной с наложением стомы, он становится нуждающимся в развитии у него приспособительных механизмов к новым анатомо-физиологическим условиям существования, корреляции физиологических и психологических показателей от полученного стресса.

Роль медицинской сестры в лечебном процессе пациентов со стомами постоянно развивается и возрастает. Медицинская сестра хирургического профиля должна осуществлять уход на основании асептики и антисептики, должна обладать знаниями в медицинской этике и деонтологии, разбираться в вопросах личной гигиены пациента, правильном уходе за больными в пред- и послеоперационном периодах [1].

Доказано, что сестринский уход за больными со стомой и проведение у них реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях с акцентом на коррекцию психологического статуса способствует сокращению сроков восстановления здоровья и повышению качества жизни. Не менее важным является то, что сестринский процесс снижает риск появления осложнений в послеоперационный период у пациентов со стомой.

Таким образом, комплексная программа реабилитации пациентов со стомой имеет медицинский, психологический, социально-педагогический и профессиональный аспекты [3].

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е.Островерхова» отделений: урологического, абдоминального, колопроктологического, торакального, которые имеют стомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать качество жизни пациентов со стомами, оценить влияние сестринского ухода на уровень удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи в условиях стационара, изучить особенности наблюдения и диспансеризации, выявить актуальные проблемы пациентов со стомами.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить научный медицинский материал по теме «Влияние сестринского ухода на качество жизни пациентов со стомами».
2. Провести социологический опрос пациентов ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е.Островерхова» колопроктологического, урологического, абдоминального отделений.
3. Сделать выводы об уровне информированности пациентов об уходе за стомой, оценить качество жизни, выявить актуальные проблемы пациентов со стомами.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Комплексный

2. Теоретический
3. Научный
4. Статистический

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Наше исследование проходило в 3 этапа, с целью большей информативности о качестве жизни стомированных пациентов.

I ЭТАП исследования мы провели анкетирование пациентов, направленное на выявление актуальных проблем послеоперационного периода, периода восстановления (3-6 месяцев), а также на изучение информированности пациентов о самостоятельном уходе за стомой, использовании дополнительных вспомогательных средств в период реабилитации, возможности их приобретения или бесплатного получения. Всего опрос прошли 50 человек. Из них 26 – мужчины, 24 – женщины, 31 человек трудоспособного возраста (61,5 года для мужчин и 56,5 года для женщин), 19 человек – пожилые люди. 71% отметили наличие проблем и осложнений в послеоперационный период; 41% получил исчерпывающую информацию, 55% в неполном объеме, остались вопросы об уходе, 4% не получили достаточной информации; 36% используют дополнительные вспомогательные средства ухода за стомой.

Наличие стомы радикально меняет образ жизни больного, делает его дефекацию бесконтрольной, появляются проблемы в трудовой, сексуальной деятельности, ограничения в возможности путешествий и активного отдыха, в связи с чем адаптация после операции в 70% протекает через длительную депрессию. Кроме того, данные опроса демонстрируют низкий уровень информированности пациентов об уходе, отсутствие обучающих дополнительных материалов, брошюр, методичек, литературы.

II ЭТАП исследования подразумевал анкетирование «Стома – качество жизни QOL», что позволило дать оценку качества жизни пациентов, имеющих стому. Этот показатель необходимо использовать для динамической оценки качества оказываемой медицинской помощи, изучения влияния

осложнений на процесс реабилитации стомированного пациента. 82% отметили, что качество жизни снижено.

Опрос продемонстрировал, что с выводом стомы качество жизни пациентов значительно снизилось. Пациенты сталкиваются с ежедневными трудностями, больше всего беспокойства пациентам доставляют мысли, что стома может пахнуть, она ограничивает выбор одежды, которую они могут носить, анкетированным необходим дневной отдых, из-за стомы пациенты чувствуют себя сексуально непривлекательным.

III ЭТАП исследования заключался в проведении социологического опроса, целью которого было проанализировать социальную удовлетворенность полученной медико-социальной помощью и материальным пациентов материально - техническим оснащением ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е.Островерхова». Анкета, на основании которой мы проводили исследование, была разработана по аналогии с Европейским вопросником Международной целевой группы по оценке пациентами общего медицинского обслуживания. Не обошли стороной и вопросы об удовлетворенности объемом помощи, оказанной в лечебном учреждении, которые включали и соблюдение этико-деонтологических принципов в общении между пациентом и медицинской сестрой. 86% ответили, что полностью удовлетворены работой мед.персонала и оснащением, 14% имеют замечания.

При анализе анкет выявлено, что удовлетворенность была связана с возможностью общения с компетентными специалистами по уходу за стомой, доступностью и объемом специализированной помощи, отношением и общением среднего медицинского персонала с пациентом, а неудовлетворенность объяснялась отсутствием достаточных профессиональных навыков медперсонала, невнимательным или халатным отношением медицинских работников, проявлением грубости, недостаточным обеспечением средствами ухода.

ВЫВОДЫ

Для обеспечения эффективного реабилитационного процесса стомиро-

ванному пациенту требуется:

1. Наличие квалифицированных специалистов, имеющих навыки и опыт работы по уходу за пациентами со стомой;
2. Стандартизация методов медицинской реабилитации стомированных больных в сестринском процессе;
3. Координация взаимодействия между медсестрой и пациентом в комплексном реабилитационном процессе;
4. Медсестра должна уделять больше внимания обучению и повышению степени информированности пациента в самостоятельном уходе за стомой, привлекать к процессу близких и родственников;
5. Регулярный мониторинг состояния пациента со стороны медсестры, оценка функционирования стомы, ранее выявление признаков возможных осложнений в послеоперационный период с целью улучшения качества жизни пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование помогло провести анализ проблем пациентов, имеющих стому, причины их возникновения и взять вектор на их решение. В ходе исследования мы смогли выяснить следующие вопросы:

Кто это, пациент со стомой? Сложно жить со стомой? Как жить полноценно?

Список литературы

1. Вязьмитина, А. В. Сестринский уход в хирургии : МДК 02. 01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях / А. В. Вязьмитина, А. Б. Кабарухин; под ред. Б. В. Кабарухина. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 543 с. (Среднее медицинское образование).) - ISBN 978-5-222-35208-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222352083.html>
2. Двойников, С. И. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела : учебник / [Двойников С. И. и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 336 с. : ил. - 336 с. -

ISBN 978-5-9704-6017-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460177.html>

3. Орлова, Т. Н. Медицинский и социальный уход : учеб. пособие / Т. Н. Орлова. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2022. - 458 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-38596-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222385968.html>

ПРОФИЛАКТИКА СКОЛИОЗА У ПОДРОСТКОВ

Холкина А.А.

*Научный руководитель - Гончарова Ю.С., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Согласно статистике, из различных регионов России до 37% подростков страдают нарушением осанки, которое сопряжено с риском развития сколиоза тяжёлой степени. Из-за повсеместной урбанизации и развитию технологий, всё больше детей дошкольного возраста предпочитают проводить время сидя в современных гаджетах, а с поступлением в школу, физическая активность снижается до 50%, продолжая падать. Влияние неправильной осанки заключается в нарушении кровообращения, что в свою очередь приводит к головным болям, происходит деформация грудной клетки– затрудняется дыхание, в течение лет провоцируется возникновение межпозвоночных грыж.

Сколиоз начинает проявляться в возрасте 7–8 и 11–13 лет у девочек, в 8–10 и 13–15 лет у мальчиков. Данная тенденция имеет большую опасность, так как дальнейший образ жизни человека, здоровье, физическое развитие закладывается в человеке в подростковом возрасте. Профилактику сколиоза следует начинать как можно раньше, чтобы сохранить здоровье позвоночника. Лечение возможно только пока организм растёт, по этой причине так важна роль профилактики сколиоза у подростков. [3]

Позвоночник человека является основой скелета человека. Позвоночный столб состоит из расположенных рядом 32–34 позвонков (7 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых, соединённых в крестец, и 3 - 4 копчиковых), которые соединяются друг с другом связками, суставами, межпозвоночными дисками, которые в свою очередь являются хрящами, или позвонками, сросшихся между собой.

Подвижность позвонков обеспечивается дисками, суставами и связками, находящимися между ними. Последние в какой-то мере играют роль

ограничителя, препятствующего слишком большой подвижности. Сильные мышцы спины, шеи, плечевые, грудные, а также живота и бёдер в большей степени определяют подвижность позвонков и всего позвоночного столба. Все эти мышцы гармонично взаимодействуют между собой, обеспечивая тонкую регуляцию движений в позвоночнике. Если сила или напряжение при нагрузке какой-либо мышцы меняется, это может вызвать изменение двигательной функции позвоночника, вследствие чего возникает болевое ощущение в спине или чувство усталости.

Костная система у детей и подростков более гибкая, эластичная за счёт содержания большого количества хрящевой ткани, воды. В костной ткани в школьном возрасте увеличивается содержание кальция, она становится менее гибкой, к 15 годам приближается к строению взрослых. Из-за чрезмерной эластичности костей, они больше подвергнуты деформации. Подростковый возраст является возрастом максимального роста, поэтому так важно в этот период уделять должное внимание физической активности, правильному сну, питанию, количеству сидячей работы. [1]

На осанку в течение роста организма влияют различные факторы: жёсткость матраса, ношение портфеля, физическая активность, здоровое питание и прочее. Осанка больше всего подвержена изменениям в периоде активного роста, когда конечности увеличиваются быстро, а позвоночник равномерно.

Здоровая осанка отличается следующими признаками:

- 1) Расположение остистых позвонков на одном уровне;
- 2) Расположение углов лопаток на одном уровне;
- 3) Правильные изгибы позвоночника;
- 4) Ноги одинаковой длины.

Неправильную осанку провоцируют следующие неблагоприятные факторы:

- 1) Неполноценный рацион питания;
- 2) Неправильно подобранные и тяжёлые сумки;

- 3) Недостаток физической активности;
- 4) Неправильная поза в течение дня;
- 5) Психологическое состояние;
- 6) Дефекты носоглотки и слуха;
- 7) Нарушение гормонального фона и менструального цикла у девочек;
- 8) Не соответствие парт возрасту подростков;
- 9) Гиподинамия;
- 10) Травмы;
- 11) Наследственная предрасположенность.

Сколиоз – это боковое искривление позвоночника вокруг своей оси. Изменяется и вид сбоку. Позвоночник искривляется в трёх измерениях. Признаки сколиоза:

- 1) Опущение одного плеча, часто с заметным сдвигом вперёд;
- 2) Выступающая лопатка;
- 3) Искривление таза.

Существует 2 основных типа сколиоза:

- 1) С-образный– дуговое искривление только в одном отделе. Бывает левосторонним и правосторонним.
- 2) S-образный сколиоз– результат запущенного С-сколиоза, когда начинает компенсировать искривление, перекручиваясь ещё один раз в противоположную сторону.

Выделяют 2 вида сколиоза: врождённый и приобретённый. Врождённая патология формируется ещё в утробе матери: позвонки отходят от нормы, Ноги и таз несимметрично расположены. [2]

Приобретённый сколиоз появляется из-за влияния разных причин. Одной из важных является недосмотр за ребёнком родителями, отсутствие контроля за осанкой, физическими нагрузками, жёсткостью матраса, полноценным питанием, вредными привычками, запущенные проблемы со здоровьем. Также на сколиоз влияют изнурительные и несимметричные тренировки.

Информированность о заболевании, своевременная постановка диагноза, ознакомление с возможным лечением и профилактикой сколиоза являются основными причинами для сбережения здоровья спины.

На кураторских часах следует проводить повестку о причинах заболевания, их опасности, заинтересовывать подростков в важности чуткого отношении к своему здоровью, в частности к здоровью спины.

При первых признаках сколиоза (несимметричное расположение плеч, сутулость и прочее) следует немедленно обратиться к ортопеду. Ортопед по рентгеновскому снимку определяет наличие болезни, тип, степень и ставит диагноз, назначает лечение.

Для того чтобы избежать прогрессирования болезни, не допустить сколиоз и прочие болезни спины, улучшить своё здоровье необходимо знать и выполнять пункты по его профилактики. К ним относятся:

- 1) Лечебная физкультура для растяжки мышц спины, наращивания мышечного корсета. Рекомендуется ежедневно выполнять лечебные упражнения в домашних условиях или в специальных, организованных поликлиникой, группах.

- 2) Лечебный массаж. Проводят для расслабления мышц, их растяжки. Посещение происходит в поликлиниках и медицинских центрах.

- 3) Полноценное правильно питание с достаточным количеством белков, которые производят формирование мышц, витаминов.

- 4) Ортопедическая мебель и грамотная организация рабочего пространства. Стол должен стоять левым боком к окну, высота стола должна быть около 60 см при росте выше 120 см.

- 5) Равномерное распределение поднимаемой нагрузки. Подросткам следует не перегружать себя ношением тяжёлых рюкзаков и сумок, тем более на одном плече.

- 6) Ношение правильной обуви. Обувь должна подходить по размеру в длину и ширину, иметь средней толщины устойчивую гибкую подошву.

7) Перерывы на разминку между учёбой. На каждой перемене вставать с рабочего места, по возможности делать небольшую разминку.

8) Контролирование умеренности физических нагрузок для подростков с уже имеющимся сколиозом.

9) Своевременное наблюдение у ортопеда.

Исходя из исследования, я могу сделать вывод, что подростки считают, что достаточно проинформированы о сколиозе, но многие из них ведут неактивный образ жизни, не знают о профилактике сколиоза. Для этого следует создать брошюры с памяткой о профилактике, проводить беседы, дни здоровья и пропагандировать здоровый образ жизни. Также к профилактике относятся занятия лечебной физкультурой, массажи, ношение корсета, ортопедическая мебель, обувь, занятия спортом и равномерное распределение работы и отдыха. Важно не забывать вовремя посещать ортопеда и хирурга, проходить медицинское обследование.

Список литературы

1. Вайнбаум, Я.С. Гигиена физического воспитания и спорта [Текст] : учебное пособие / Я. С. Вайнбаум. — М.: Издательский центр «Академия», 2015. — 240 с.

2. Давиденко, В. Н. Адаптивно-оздоровительная и развивающая направленность средств физической культуры в режиме дня младших школьников [Электронный ресурс] – Тула, 2016

3. Дрогомерецкий, В.В. Низкая двигательная активность как фактор проявления отклонений в состоянии здоровья у детей дошкольного и школьного возраста [Электронный ресурс] – Белгород, 2017.

ПРОПОГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Хрулева О.А.

*Научный руководитель — Покровская Н.А.,
преподаватель Львовского филиала*

ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Железнодорожск

Здоровье - это первая и важнейшая потребность определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь - это важное слагаемое человеческого фактора.

Здоровый образ жизни — это индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, душевное и социальное благополучие в реальной окружающей среде (природной, техногенной и социальной) и активное долголетие.

Здоровый образ жизни включает в себя следующие компоненты:

1. активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом, отказ от пассивных форм отдыха, тренировка психических способностей, соблюдение правил личной гигиены, отказ от вредных привычек, сбалансированный приём продуктов питания, создание благополучных условий в семье;

2. формирование межличностных отношений в кругу семьи, среди обучающихся, отношения к больным и инвалидам;

3. внимательное отношение к природе, культурное поведения во всех общественных местах;

4. осознанное участие в профилактических мероприятиях.

В настоящее время вопросы увеличения продолжительности жизни, формирования и укрепления здоровья подрастающего поколения обозначены в числе основных приоритетов национальной политики Российской Федерации. Оздоровление нации, формирование здорового образа жизни населения,

гармоничное воспитание здорового, физически крепкого молодого поколения является одним из приоритетных направлений социальной политики государства. В ежегодных посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации неоднократно отмечалась необходимость выработки эффективной политики государства по формированию здоровой нации, способной обеспечить сохранение суверенитета России и дальнейшее развитие государства и общества. Это достижимо только при условии массового привлечения детей, подростков и молодежи к занятиям физической культурой и спортом. Следует также отметить, что состояние здоровья российских школьников вызывает серьезную тревогу специалистов. Наблюдается рост количества заболеваний, ограничивающих выбор профессий. Значимой причиной ухудшения состояния здоровья является недостаточная адекватность современной системы гигиенического обучения и воспитания по формированию у детей и подростков умений навыков здорового образа жизни, сознательного и ответственного отношения к своему здоровью. Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, то и с колоссальными перегрузками. Крепкое здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим человеком, позволит ему прожить долгую и полную радостей жизнь. Здоровье – бесценное богатство каждого человека в отдельности, и всего общества в целом.

«Методические рекомендации по формированию здорового образа жизни у детей и молодежи, внедрению здоровьесберегающих технологий и основе медицинских знаний» разработаны в целях формирования общественного мнения о необходимости ведения здорового образа жизни и потребности в систематических занятиях физической культурой и спортом среди детей, молодежи, поколения постарше. В основу данных рекомендаций положены следующие правовые акты: Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г., с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 1 июля 2020 г.);

Федеральный закон Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»; Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

В условиях современного общества здоровый образ жизни приобретает все большую значимость. Сегодня в мире наблюдается тенденция к сохранению и приумножению здоровья, улучшению его основных показателей. Все больше людей стремится избавиться от вредных привычек, правильно питаться, заниматься различными видами спорта, позволяющими сохранить не только физическое, но и психическое здоровье. Спорным остается вопрос, является ли это потребностью и стремлением современного общества, или все это следствие пропаганды

Формирование здорового образа жизни — это создание системы преодоления факторов риска в форме активной жизнедеятельности людей, направленной на сохранение и укрепление здоровья. Важный метод укрепления здоровья населения — это обучение граждан здоровому образу жизни, пропаганда и информирование их о той важной роли, которую каждый человек играет в сохранении собственного здоровья и благополучия общества. Поэтому пропаганда формирования здорового образа жизни населения требует создания массивной информационно-пропагандистской кампании с использованием широкого спектра разнообразных средств, с широким использованием средств массовой информации — печати, радио, телевидения и др.

Сегодня, можно сказать, что в обществе довольно на высоком уровне находится потребность в здоровом образе жизни. Нет ни одного исторического периода, который по мощности этого показателя мог бы сравниться с состоянием общественного сознания сегодня.

Наиболее эффективным методом признается пропаганда ЗОЖ посредством СМИ. При этом осуществляется прямое, непосредственное воздей-

ствие информации на личность человека. Обязательно учитываются особенности социальной среды, а также конкретная ситуация и условия. Чаще всего используются такие методы пропаганды, как убеждение, внушение, заражение (подражание). Именно эти средства чаще всего используются средствами массовой информации.

Многочисленные правительственные программы направлены на то, чтобы максимально привлечь СМИ к продвижению ЗОЖ. При этом основное внимание уделяется рекламе как эффективному средству воздействия на человеческое сознание.

На данный момент специалисты в области внедрения здорового образа жизни рассматривают как прямой путь изменения поведения людей. Основная причина ведения нездорового образа жизни заключается в том, что люди в полной мере не осознают его последствий. Общественные оздоровительные компании пытаются информировать население на тему здорового образа жизни, так же другие ресурсы для передачи информации о здоровье. Такие, как новости, реклама, ток-шоу и вечерние программы о спорте. Телевидение является особенно популярным ресурсом для передачи информации о здоровом образе жизни.

Все больше людей в России делает выбор в пользу спорта и отказа от вредных привычек. Это свидетельствует о том, что пропаганда здорового образа жизни ведется с положительным успехом. В здоровом теле – здоровых дух, здоровая нация лучшее, чем больная. Положительной динамике и росту занятий спортом населения способствуют эффективные методы и средства пропаганды.

Несомненно, каждый человек обязан заботиться о своем здоровье. Без этого важного жизненного фактора трудно представить полноценную жизнь счастливого современного человека. Формирование здорового образа жизни зависит исключительно от воли и желания каждого. Так же затрагивая и людей пожилого возраста нужно отметить, что их тоже нужно привлекать к ведению здорового образа жизни. Людям пожилого возраста необходимо обра-

тить внимание на питание, так как ЖКТ становится более «капризным». Нужно следить за тем что употреблять в пищу. Больше двигаться заниматься всевозможными зарядками, скандинавской ходьбой, пребывать больше на свежем воздухе. Так же затрагивая общественность находить себя учиться новому, компьютерные курсы, рисование, пение пока вы учитесь и узнаете что то новое мозг формирует новые нейронные связи. Нужно всевозможными средствами привлекать людей разного возраста к ведению здорового образа жизни.

Подводя итог, хочется отметить следующее: здоровье – бесценное достояние не только человека, но и общества. Именно поэтому пропаганда здорового образа жизни очень важна! В заключении хочется подчеркнуть, что здоровый образ жизни является важной составляющей полноценной жизни в быстро меняющемся мире. Здоровый образ жизни – это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

Глобальной задачей общества является внедрение в образовательные стандарты как можно больше направлений связанных со здоровым образом жизни. Необходима прежде всего, адекватная работа с семьями, с целью борьбы с вредными привычками: курением и алкоголизмом. Ребенок с детства должен ценить свое здоровье и следовать нормам ЗОЖ.

Благодаря здоровому образу жизни каждый человек имеет большие возможности для укрепления и поддержания своего здоровья будь то подросток или пожилой , для сохранения трудоспособности, физической активности.

Каждый человек должен для себя понять, что он поддерживает не только физическое но и моральное здоровье. Необходимо вставать и ложиться спать всегда в одно и то же время, питаться по привычному постоянному расписанию, умственный труд разбавлять физическими упражнениями, спать

в проветренном помещении, отказаться от курения и алкоголя. Эти простые понятия должны прививаться детям с самого юного возраста. Нужно привыкать к активному образу жизни, регулярным занятиям физкультурой и спортом, закаливанию. Тогда здоровый образ жизни человека станет и привычкой в будущем. Если дети хотя бы частично будут следовать эти правилам и законам, то проделанная работа проведена не зря. Здоровый образ жизни - это образ жизни, основанный на принципах нравственности. Он должен быть рационально организованным, активным, трудовым, закаливающим. Должен защищать от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволять до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровья.

Список литературы

1. [Электронный ресурс] «Пропаганда здорового образа жизни среди молодежи" Марина Александровна Щербакова к.биол.н., старший преподаватель кафедры анатомии и физиологии, Витебский государственный университет имени П.М. Машерова.

2. [Электронный ресурс] <https://www.prodlenka.org/publikacii-uchaschihsja/proektnye-raboty/20097-zdorovyj-obraz-ghizni?task=download>

3. Физическая культура. Здоровый образ жизни [Электронный ресурс] : учебное пособие / К. В. Чедов, Г. А. Гавроница, Т. И. Чедова ; Пермский государственный национальный исследовательский университет. – Электронные данные. – Пермь, 2020 – 1,68 Мб ; 128 с.

4. <https://www.art-talant.org/publikacii/74676-propaganda-zdorovogo-obrazaghizni>

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ И ЗОЖ

Цветкова М.С.

*Научный руководитель - Цибизова А.В., преподаватель
Государственного бюджетного профессионального образовательного
учреждения «Медицинский колледж № 6», г. Москва*

Здоровый образ жизни создает наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний и увеличивает продолжительность жизни человека [3].

Все больше людей, с каждым годом становятся приверженцами ЗОЖ, но, не все трактуют принципы здорового образа жизни правильно. Напряженный ритм жизни, зачастую вынуждает человека обращаться за помощью к различным стимуляторам для получения мощного заряда бодрости. Многие ошибочно полагают, что энергетические напитки без вреда для организма добавляют энергии и бодрости, позволив, таким образом, в кратчайшие сроки достичь намеченной цели. В этом заключается **актуальность данного исследования.**

Объект исследования: Процессы, происходящие в состоянии здоровья при частом употреблении энергетических напитков.

Предмет исследования: Влияние энергетических напитков на состояние сердечно-сосудистой системы организма.

Цель исследования: Исследовать уровень информированности обучающихся старших курсов медицинского колледжа о принципах ЗОЖ и влияние энергетических напитков на состояние здоровья.

Задачи исследования:

1. Изучить отношение обучающихся к употреблению энергетических напитков;

2. Определить показатели реакции сердечно-сосудистой системы обучающихся, употребляющих энергетические напитки, на дозированную физическую нагрузку;

3. Разработать рекомендации по повышению уровня информированности обучающихся о здоровом образе жизни;

4. Сформулировать выводы по этапам проделанной работы.

Методы и технологии исследования: изучение и анализ данных научных источников, анкетирование, тестирование, статистические методы.

Практическая значимость исследовательской работы заключается в том, что раскрытие материала по данной теме будет способствовать повышению уровня знаний обучающихся о ЗОЖ.

С целью определения уровня информированности обучающихся старших курсов медицинского колледжа о принципах ЗОЖ, и влиянии энергетических напитков на состояние здоровья, нами в **Google Формах** была разработана анкета-опрос. С вопросами можно ознакомиться по предоставленной ссылке:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzZhyLnhYOljGgkx6TikwVovNV539xzMjMYTMR3_C4N8GYxMg/viewform?usp=sf_lin

В опросе приняли участие 59 студентов старших курсов медицинского колледжа. Исследование проводилось с учетом требований принципа добровольности участия и анонимности, что значительно повысило достоверность полученных данных. Все ответы были обработаны и, анализируя данные анкетирования, нами были получены следующие сведения: 98% респондентов осведомлены об основных принципах ЗОЖ; 60% опрошенных относят себя к лицам, ведущим здоровый образ жизни; 70 % респондентов считают, что систематическое употребление энергетических напитков в зависимости от дозы могут негативно повлиять на состояние организма, 45% анкетированных, зная о вреде энергетических напитков, употребляют их с разной частотой, обращая внимание при выборе напитка на отзывы знакомых. Исходя из анализа дан-

ных (рис. 1.), приоритетным источником информации для анкетированных являются материалы занятий по ПМ и социальные сети.

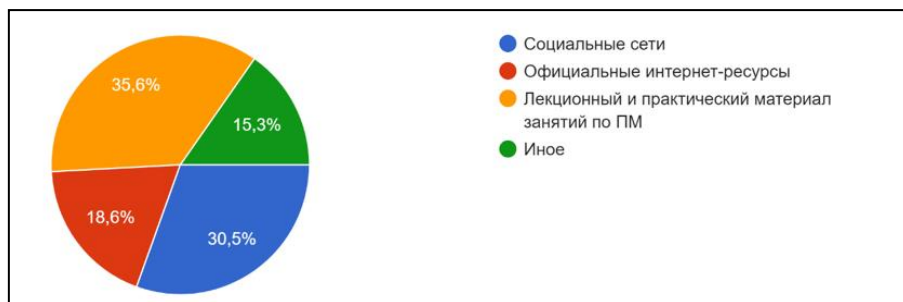


Рисунок 1 – Приоритетный источник информации

Мнения респондентов практически поровну распределились между материалами занятий по ПМ, социальными сетями и официальными интернет-источниками. Исходя из анализа данных (рис. 2), 78% респондентов дали точное определение характеристики энергетических напитков.

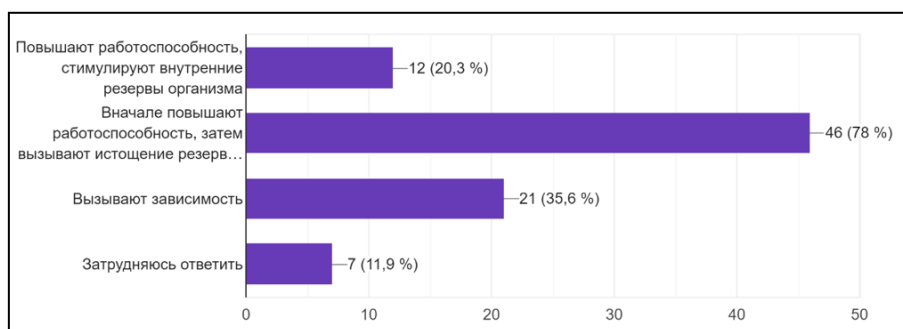


Рисунок 2 – Определение, характеризующее энергетические напитки

Для проведения санитарно-просветительной работы с респондентами нами были отобраны материалы официальных организаций, ведущих информационно-разъяснительную работу с населением. С материалами можно ознакомиться по предоставленным ссылкам:

- <https://42.rospotrebnadzor.ru/content/777/99238/>
- <https://www.59fbuz.ru/press-center/news/kakoy-vred-organizmu-nanosyat-energeticheskie-napitki/>

Для оценки влияния употребления энергетических напитков на состояние сердечно-сосудистой системы, мы провели оценку реакции частоты сердечных сокращений на дозированную физическую нагрузку [2].

Для исследования нами были отобраны 10 совершеннолетних студентов -добровольцев (пять из них несколько раз в неделю употребляют энергетические напитки).

При проведении тестирования соблюдались условия:

1. Студенты-добровольцы имеют 1-2 группы здоровья, основную группу для занятий физической культурой;
2. Обследование проводилось в начале учебной недели, в первой половине дня, не ранее чем через 1 час после приема пищи;
3. Для снижения психо-эмоционального напряжения каждому из студентов были объяснены цель и ход процедуры заранее и получено согласие на обработку данных исследования.

В процессе тестирования у обследуемого студента в положении сидя проводилась оценка частоты пульса за 10 секунд, был получен первый показатель – ЧСС₁. Затем, в течение 30 секунд студент выполнял 20 наклонов вниз с опусканием рук. Сразу после выполнения нагрузки вновь проводилась оценка частоты пульса за 10 секунд – ЧСС₂. Через 1 минуту отдыха еще раз определялась частота пульса за 10 секунд – ЧСС₃. На основании полученных результатов рассчитываем показатель реакции (ПР) сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку по формуле: **$ПР=(ЧСС_1+ЧСС_2+ЧСС_3-33):10$** .

Согласно данным оценки ПР (рис. 3), состояние сердечно-сосудистой системы обследуемых находится в пределах нормы, однако, показатели у студентов, которые не употребляют энергетические напитки, лучше. Это свидетельствует, что сердечно-сосудистая система более адаптирована к физической нагрузке.

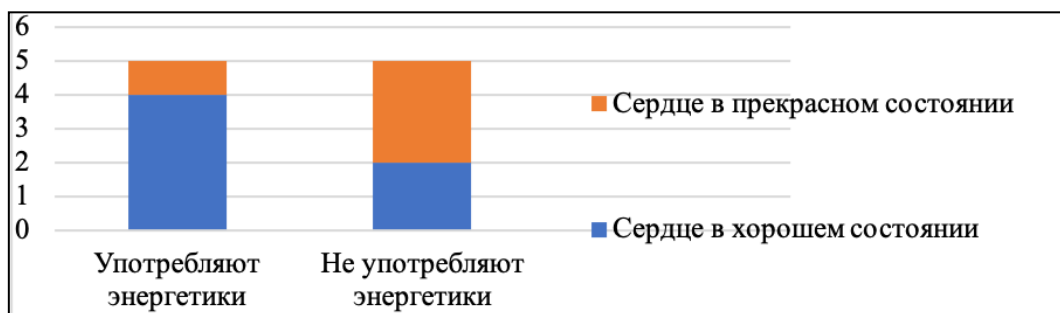


Рисунок 3 – Влияние энергетических напитков на состояние сердечно-

сосудистой системы

В результате оценки реакции частоты сердечных сокращений на дозированную физическую нагрузку выявлено, что в молодом возрасте последствия употребления энергетических напитков практически не изменяет работу сердечно-сосудистой системы, но, в будущем, данное увлечение может привести к необратимым ухудшениям, как со стороны сердечно-сосудистой, так и других систем организма.

Список литературы

1. Двойников С.П., Проведение профилактических мероприятий: учебное пособие / С.И. Двойников и др.: под ред. С.И. Двойников – 2-е издание, переработка и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 480 с.
2. Караулова Л.К., Красноперова Н.А., Расулов М.М. Лабораторный практикум по физиологии человека: Учебно-методическое пособие для студентов высших и средних педагогических учебных заведений физкультурного образования – М.: Миклош, 2018.- 80 с.
3. Кучма В.Р., Здоровый человек и его окружение: электронный учебник / В.Р. Кучма В.Р., О.В. Сивочалова. - 5-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 560 с.
4. Мухина, С.А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» [Электронный ресурс]: учеб. пос. / С.А. Мухина, И.И. Тарновская - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с.
5. ФБЦУЗ «Центр гигиенического образования населения Роспотребнадзора» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://42.rospotrebnadzor.ru/content/777/99238/>
<https://www.59fbuz.ru/press-center/news/kakoy-vred-organizmu-nanosyat-energeticheskie-napitki/>

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО БОРЬБЕ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чекрыжова Н.В.

*Научный руководитель - Кирилова И.А., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В настоящее время, рак молочной железы является самым грозным онкологическим заболеванием у лиц женского пола на территории Белгородской области. Современная медицина имеет огромный научный материал по борьбе с этим коварным и грозным заболеванием, но полностью справиться, пока не в силах. Научные исследования доказывают, что наиболее эффективные и безопасные меры по предотвращению заболеваемости раком молочной железы, это проведение профилактических мероприятий и своевременное обращение за медицинской помощью.

В настоящее время в Белгородской области реализуются плановые диспансеризации на территории фельдшерско – акушерских пунктов, поликлинических районных и областных отделениях, которые позволяют на ранних стадиях диагностировать злокачественные новообразования в организме женщины и принимать срочные меры по их устранению. Женское здоровье, довольно деликатная тема, многие женщины испытывают психологический барьер в процессе беседы с врачами акушерами-гинекологами, маммологами, и это существенно затрудняет процесс лечения и реабилитации пациенток.

Это вопрос затрагивает аспекты медицинской психологии, в данной области лечащий врач выступает в качестве не только медицинского консультанта, но и должен осуществить психологическую поддержку. Врач, с самого начала постановки диагноза рака молочной железы, должен внушать пациенткам надежду на выздоровление, а в тяжелых случаях описывать достоинства современных методик лечения онкологических заболеваний.

Особую тревогу вызывает недостаток минимальных знаний женщин о гигиеническом уходе молочных желез и проявления патологических процессах в молочной железе. Известно, что существуют элементарные приемы самодиагностики молочных желез, которые женщина репродуктивного возраста может проводить сама, с учетом физиологических процессов организма.

Необходимая информация о раке молочной железы и методики его предотвращения, должна беспрепятственно предоставляться женщине в лечебно - профилактических учреждениях. Особенно под пристальным вниманием должны находиться лица, у которых в роду были родственниками страдающие раком молочной железы. Женщина должна знать, что: возраст, малое количество родов, гормональный фактор, отсутствие грудного вскармливания, наследственность, являются на данный момент основными причинами возникновения рака молочной железы [2].

Функционируют социально - медицинские проекты, которые существуют благодаря совместным усилиям практикующих врачей и ученых. Научные коллективы тесно сотрудничают с студентами средних и высших учебных медицинских учреждений. Повышение грамотности женского населения о профилактических мероприятиях по борьбе с раком молочной железы, позволяет снизить уровень смертности. Профилактика смертельно опасных заболеваний, одна из важнейших стратегий системы здравоохранения нашей страны, так - как высокая смертность напрямую влияет на демографические и социально - экономические аспекты. Женщина должна осознавать, что ответственность за ее здоровья, зависит в первую очередь от личного отношения к своему организму [1].

Основы гигиены и профилактики рака молочной железы, должны закладываться у каждой представительницы женского пола еще в детском возрасте. Женщина должна знать, что с возрастом риск заболеваемости раком молочной железы повышается, поэтому на плановых медицинских осмотрах, особенно после 40 лет, проводится маммография молочных желез. Любые проявления патологических процессов в молочных железах, это повод неза-

медлительного обращения к врачу. Современное диагностическое оборудование обладает высокой точностью и информативностью. Это позволяет диагностировать тревожные признаки уже на ранних стадиях.

На территории нашей страны активно проводится популяризация здорового образа жизни, в открытом доступе публикуются результаты научных исследований по гигиене питания, организации режима дня, занятием физической культуры. Ведущими специалистами с большим стажем работы, проводятся трансляции обучающих вебинаров по основам профилактической медицины. Совокупность данных мероприятий позволит оказывать влияние на снижение заболеваемости раком молочной железы, так – как данную патологию легче конечно предотвратить.

Список литературы

1. Профилактика заболеваний [Текст]: учеб. пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов / В.М. Бондина [и др.]. – Краснодар: ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, 2016. – 224 с

2. Профилактика развития рака молочной железы [Текст] / Ю.В.Выхристюк, Г.Е. Ройтберг, Ж.В. Дорош, Н.В. Карасева, Р.А. Аюбова // Южно-Российский онкологический журнал. – 2021. – Т. 2, № 1. – С. 50–56. – ISSN 2687-0533.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПРИ РЕАБЕЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА

Чепегина Л.Е.

*Научный руководитель – Мищенко А.Б., преподаватель
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Реабилитация — это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Врач-реабилитолог и медицинская сестра работают в команде и вместе добиваются назначенных целей. Пациент, находясь на реабилитации, должен получить не только медицинскую, но и психологическую помощь, а также качественный уход.

Медицинская сестра проводит с пациентом больше времени, чем другие специалисты, и лучше многих понимает его потребности. Медсестры и ассистенты по уходу помогают больному реализовать базовые процедуры, которые человек в силу физического состояния не может осуществить сам: одеться, принять пищу, почистить зубы, принять душ. Медсестры и ассистенты по уходу заботятся о состоянии кожи, волос и ногтей пациента, о его самочувствии и позиционировании в кровати. Никто не хочет часами смотреть в потолок, тем более в лежащем положении.

Реабилитационная медсестра в рамках профессиональной компетенции:

- определяет медицинские, психологические, духовные, социальные, в том числе бытовые, трудности пациента; обнаруживает и оценивает факторы риска для здоровья больного и членов его семьи, консультирует по вопросам снижения их воздействия на здоровье;

- диагностирует нарушение основных потребностей пациента и строит программы реабилитационного ухода на основе диагностических, корректирующих и информационно- обучающих методик и технологий восстановительного лечения в соответствии с предписаниями врача или самостоятельно в пределах своих должностных обязанностей;
- подготавливает пациента к реабилитационным мероприятиям, оказывает помощь врачу при их проведении;
- выполняет предусмотренные в рамках специальности реабилитационные мероприятия и сестринские манипуляции с обеспечением инфекционной безопасности и безопасной среды для пациента и персонала;
- осуществляет мероприятия по восстановлению адаптационных возможностей пациента с учетом его психофизиологического состояния, обучает адаптации к условиям ограниченных возможностей, самообслуживанию и самоуходу;
- консультирует пациента и его семью по вопросам организации диетического питания, соблюдения рекомендаций лечебно-оздоровительного режима, назначаемых на период восстановления организма;
- организовывает и проводит работу в школах для больных по программам реабилитации;
- выполняет реабилитационные мероприятия в домах сестринского ухода, отделениях (палатах) сестринского ухода;
- осуществляет контроль за пациентами при выполнении ими рекомендаций по восстановлению нарушенных потребностей, физического и психического здоровья, социального статуса.

Выделяют 3 этапа медицинской реабилитации. Очередность их проведения определяется разработанным для пациента реабилитационным курсом.

Мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе должны быть начаты в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов.

Второй этап медицинской реабилитации для пациентов, требующих постоянного наблюдения при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации больных с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданных в медицинских организациях, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях.

Медицинская реабилитация на втором шаге осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, исполняющего медицинскую реабилитацию на первоначальном этапе, либо по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста.

Третий этап – проведение медицинской реабилитации при оказании первичной медико-санитарной помощи, при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях, дневных стационарах, круглосуточных стационарах реабилитационных центров, санаторий, продолжительностью не

менее 3 часов в день, а также стационарах на дому, в том числе посредством дистанционной медицинской услуги.

Список литературы

1. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура) / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 608 с. (Высшее образование.)
2. Е.Л.Поважская, профессор. Группа компаний АО «Медси», Москва. 2016г.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых"
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2023 года № 65. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 апреля 2023 года № 32263.
5. <https://three-sisters.ru/blog/rol-medicinskoj-sestry-v-reabilitacii>

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЛЕЧЕНИЕ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ

Шарапова А.А.

*Научный руководитель - Сухомлин Л.Г., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность исследования. Успешное лечение и протезирование зубов зависит не только от квалификации стоматолога и качества используемых материалов, но и от психологических факторов, влияющих на пациента. Понимание и учет этих факторов способствуют повышению эффективности лечения и улучшению качества жизни пациентов. Таким образом, изучение психологических факторов, влияющих на лечение и протезирование зубов, является актуальным направлением исследований и практической деятельности специалистов в области стоматологии.

Научная новизна. В ходе исследования разработана стратегия преодоления психологических препятствий при лечении и протезировании зубов.

Цель исследования. Выявление влияния психологических факторов на лечение и протезирование зубов.

Задачи исследования:

1. Изучить основные психологические факторы, связанные с посещением стоматологической клиники и процессом лечения зубов;
2. определить влияние этих факторов на эмоциональное состояние и результаты стоматологического лечения у пациентов;
3. выявить возможные стратегии преодоления психологических препятствий и улучшения качества лечения и протезирования зубов.

Здоровье зубов играет важную роль в общем состоянии человека. Однако, не только физическое, но и психологическое состояние пациента

может оказывать влияние на лечение и протезирование зубов. Психологические факторы могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на процесс.

Одним из самых распространенных факторов, влияющих на процедуры лечения и протезирования зубов, является страх. Многие люди испытывают панику перед стоматологическими процедурами, что может привести к отказу от нужного лечения или протезирования. Страх перед стоматологическими визитами может быть вызван предыдущим негативным опытом, чувством беспомощности или боязнью боли. Это не редко приводит к тому, что люди откладывают лечение зубов до последнего момента или вовсе не обращаются к стоматологу.

Кроме того, пациенты могут испытывать стыд или неприязнь из-за своего внешнего вида, вызванного отсутствием или повреждением зубов. Это также может привести к отказу от протезирования зубов и обращения к специалисту.

Однако, существуют и психологические факторы, которые могут оказывать положительное влияние на процессы лечения и протезирования зубов:

1. Положительное настроение и уверенность пациента: пациенты, которые относятся к лечению и протезированию с оптимизмом и уверенностью, склонны к более успешному и эффективному процессу восстановления зубов.

2. Доверие к врачу и медицинскому персоналу: важно, чтобы пациент чувствовал себя уверенно и доверял своему стоматологу. Доверие к врачу способствует снятию стресса и беспокойства.

3. Поддержка семьи и близких: психологическая поддержка, понимание и участие близких людей также играют важную роль в успешном лечении и

ротезировании зубов. Поддержка окружающих помогает пациенту чувствовать себя не одиноко и повышает его мотивацию.

4.Правильная информированность и образование пациента: чем более информирован пациент о процессах лечения и протезирования зубов, тем больше у него будет доверие к врачу и понимание того, что предстоит сделать. Это способствует более успешному прохождению процедур.

5.Ментальное здоровье: стабильное эмоциональное состояние пациента способствует легкому протеканию процесса лечения и протезирования зубов. Важно следить за своим психическим состоянием и обращаться за помощью в случае необходимости.

Изучив множество психологических факторов, влияющих на протезирование, можно выявить возможные стратегии для преодоления препятствий.

Создание доверия и комфорта: стоит установить теплую и дружественную атмосферу в стоматологической клинике. Предоставить пациентам возможность задать вопросы и выразить свои опасения. Позволить им рассказать о своих предыдущих негативных опытах и взаимодействии со стоматологами. Выслушивать их внимательно и проявлять понимание.

Объяснение процедур и плана лечения: подробно и понятно объяснить каждую процедуру и этап лечения, который предстоит выполнить. Использовать наглядные материалы, такие как диаграммы или модели, чтобы пациенты могли визуализировать, что происходит в их ротовой полости. Разделить планируемое лечение на несколько этапов, чтобы пациенты могли

Установление связи и эмоциональной поддержки: уделить время для установления связи с пациентами. Поставить им вопросы о их ожиданиях и опасениях. Показать, что врач понимает и уважает их чувства. Предоставить эмоциональную поддержку и подчеркнуть важность сохранения здоровья зубов для общего благополучия.

Использование техник расслабления: обучите своих пациентов различным техникам расслабления, которые помогут им справиться с тревогой и напряжением во время лечения. Включить в процедуру дыхательные упражнения или предложить слушать музыку, которая создаст спокойную атмосферу. Это поможет уменьшить страх и повысить комфорт пациента.

Восприятие пациента как активного участника: позволить пациентам принимать активное участие в процессе принятия решений о лечении и протезировании. Обсудить с ними доступные варианты и возможности, объяснить преимущества и недостатки каждого из них. Дать пациентам возможность выбрать оптимальное решение и почувствовать контроль над своим здоровьем.

Обратная связь и последующая поддержка: после завершения процедуры или лечения, не забывать о пациентах и предоставлять им необходимую поддержку. Быть доступными для ответа на их вопросы и беспокойства. Запланировать регулярные контрольные посещения, чтобы убедиться, что пациенты продолжают следовать правильной гигиене рта и не возникает никаких проблем.

Обучение и обновление квалификации: продолжать развивать свои навыки и знания в области психологии и эмоциональной поддержки пациентов. Посещать профессиональные семинары и тренинги, чтобы узнать о последних методах и техниках обращения с пациентами, имеющими фобии, и улучшения их опыта.

Введение этих стратегий в стоматологической практике поможет создать более комфортную и доверительную обстановку для пациентов, что приведет к успешному лечению и протезированию зубов.

Вывод. В ходе исследования были выявлены различные психологические факторы, которые оказывают влияние на успешность лечения и протезирования.

зирования зубов. Понимание и учет этих факторов играют важную роль в достижении успешных результатов и удовлетворения потребностей пациентов. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать разработке более эффективных стратегий работы и повышению качества зубопротезирования.

Список литературы

1. Лебеденко, И.Ю. Ортопедическая стоматология: учебник / И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливрадзияна. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 640с.
2. Миненков, В. И. Адаптация к протезам пациентов с различными типами личности /В.И.Миненков, Л.Г.Сухомлин //Современные проблемы науки и образования. – Саратов: Евроазиатская научно-промышленная палата, 2018. – Том V.- С. 54-55.
3. Ситкина, Е.В. Роль индивидуально-личностных особенностей пациентов в отношении к стоматологическому здоровью и приверженности выполнениям рекомендаций при стоматологическом лечении: автореф. дис.канд. мед. наук: 14.01.14./Е.В. Ситкина; Первый Санкт-Петербургский гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова. – Санкт-Петербург, 2020. – 23с.

ЗНАКОМЫЕ НЕЗНАКОМЦЫ: ОБОСНОВАННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шевлякова Д.Л.

*Научный руководитель – Метленко Е.А., преподаватель
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, медико-фармацевтический колледж, г. Курск*

Актуальность. Согласно статистике ежегодно в нашей стране болеют гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями около 40 млн. человек. Часто назначаемыми препаратами для профилактики и лечения этих болезней являются иммуномодуляторы. Однако большинство представителей данной группы препаратов продаются без рецепта, и граждане, впечатлённые масштабными рекламными кампаниями, используют их для самолечения. В то же время нарушения нормального функционирования иммунной системы приводят к осложнениям заболеваний, иногда – к летальным исходам. В последние десятилетия в России наблюдается снижение иммунологической реактивности населения, что способствует переходу инфекционных заболеваний в хроническую форму. Таким образом, актуальной представляется проблема изучения знаний пациентов о группе лекарственных препаратов-иммуномодуляторов и особенностях их применения.

Цель исследования – оценить степень осведомленности граждан при использовании иммуномодуляторов в профилактике и лечении заболеваний.

Задачи:

1. Рассмотреть понятие «иммуномодуляторы», дать их сравнительную характеристику с препаратами схожих групп.

2. Выяснить степень осведомленности граждан о группе лекарственных препаратов-иммуномодуляторов, их фармакологическом действии и противопоказаниях к применению.

3. Определить на основании данных опроса частоту использования иммуномодулирующих препаратов в профилактике и лечении заболеваний.

Результаты исследования. Иммуномодуляторы – это лекарственные средства, нормализующие показатели иммунной системы и устраняющие дисбаланс различных звеньев иммунного ответа. К ним относятся лекарственные препараты биологического или химического происхождения, которые обладают иммуностропным действием. Характерным свойством иммуномодуляторов, в отличие от других иммуностропных препаратов, является их способность нормализовать патологически измененные показатели иммунитета: повышать сниженные и понижать повышенные значения.

Иммуномодуляторы делятся на две группы: экзогенные и эндогенные. К экзогенным относят чужеродные для организма вещества, которые способны воздействовать на различные звенья иммунной системы, при этом усиливая или подавляя иммунный ответ. В том числе, в эту группу входят синтетические иммуномодуляторы, которые могут быть получены путем химического синтеза или биосинтетическим путем. Ярким примером синтетических иммуномодуляторов, которые получены путем химического синтеза является отечественный препарат нового поколения «Полиоксидоний», обладающий широким спектром действия. Эндогенные иммуномодуляторы оказывают целенаправленное действие на конкретные иммунные механизмы. К ним относятся различные цитокины, такие как интерфероны, интерлейкины и т.д.

В сравнении и иммуностимуляторами иммуномодуляторы – это «слабо-нейтральные» препараты, которые просто воздействуют на организм и заставляют собственный иммунитет работать более тщательно в определенных

условиях (например, при ОРВИ). Таким образом, иммуномодулятор не имеет прямого действия на возбудителя, но мягко корректирует и стимулирует защитные реакции организма, позволяя эффективно бороться с инфекцией.

Использование иммунокорректоров показано при разнообразных инфекциях, аллергических заболеваниях, новообразованиях, ВИЧ. В качестве самостоятельного препарата, они могут быть использованы как профилактическое средство во время эпидемий (грипп, ОРВИ) – с этой целью применяются как растительные иммуномодуляторы, так и синтетические комплексы.

Но, несмотря на все полезные свойства этой группы препаратов, их использование не должно быть бесконтрольным – это чревато обратным эффектом либо привыканием, характерным для некоторых препаратов. Самостоятельный прием лекарств при ряде заболеваний неизбежно вызывает рецидив болезни, последствия которого непредсказуемы.

Для анализа использования иммуномодуляторов гражданами было проведено анкетирование среди взрослого населения г. Курска (163 человека). В качестве признака деления были выбраны категории: совершеннолетние до 25 лет (10,5 %), в возрасте от 25 лет до 45 лет (52,9 %) и старше 45 лет (36,6 %). Подавляющее большинство опрошенных составили женщины (89,5%), что, учитывая их роль в распределении семейных обязанностей, повышает объективность полученных результатов. Гипотеза исследования состояла в том, что граждане указанных возрастных групп имеют некоторое представление на счет понятия иммуномодуляторов и опыт их применения в лечении себя и своих детей: 53,6 % опрошенных отметили, что имеют 2 – 3 ребенка, 28,1 % – 1 ребенка.

Большинство респондентов (69,5 %) знают, что такое «иммуномодуляторы». При этом лишь около половины (50,6 %) представляют, в чём состоит отличие иммуномодуляторов от иммуностимуляторов.

Относительно применения лекарственных препаратов данной группы 72,1 % опрошенных указали, что не применяют иммуномодуляторы для профилактики и лечения, и лишь 27,9 % отметили, что используют их. При этом на вопрос о противопоказаниях к применению иммуномодуляторов большинство признало, что не знает о них – 58,4 %. О возможности индивидуальной непереносимости осведомлены 33,1 % опрошенных. Кроме того, более четверти респондентов отнесли к противопоказаниям аутоиммунные тиреоидиты (13,6 %) и хронические инфекционно-воспалительные процессы (12,3 %), которые в действительности таковыми не являются.

Вопрос о знании иммуномодуляторов показал, что 64,9 % опрошенных знают такой препарат как «Имудон», 58,4 % – «Циклоферон», 40,9 % – «Полиоксидоний», 10,4 % – «Галавит», 9,7 % – «Рибомунил». «Нурофен» не относится к иммуномодуляторам, но его выбрали 3,8 % респондентов. Всего 5 % опрошенных в свободном ответе написали «Не знаю», а по 0,6 % предложили «Изопринозин» и «Ликопид».

Относительное большинство опрошенных (54,5 %) не представляет, с какими препаратами рационально применять иммуномодуляторы. При этом 40,9 % выбрали вариант «с противовирусными препаратами», что является верным ответом. О том, что иммуномодуляторы нерационально использовать с диуретическими препаратами не знает 2,6 % респондентов.

Опрос показал и то, что большинство участников исследования не знают о том, как назначают иммуномодуляторы в комплексном лечении хронических инфекций – 58,4 %. Всего 24 % выбрали совмещение противовирусными препаратами, 9,7% – с антибиотиками, что является правильными ответами. Пятая часть опрошенных неверно полагает, что иммуномодуляторы необходимы после применения противовирусных препаратов (10,4 %) и после применения антибиотиков (9,1 %).

По мнению относительного большинства респондентов – 59,1 %, часто и длительно болеющим людям перед началом осенне-зимнего сезона показано применение иммуномодуляторов при иммунореабилитационных мероприятиях, что является верным ответом. Другая часть опрашиваемых осведомлена, что это необходимо онкологическим больным для улучшения качества жизни (21,4 %) и не полностью выздоровевшим пациентам (22,7 %). При этом вариант ответа «Больным с острыми бактериальными инфекциями», являющийся неверным, ошибочно выбрали 18,2 %. Касательно использования иммуномодуляторов в лечении детей, достаточно высокий процент опрошенных – 66 % – выбрали вариант «нет», 28,1% – «да, редко», 5,9% – «да, постоянно».

Выводы. Таким образом, иммуномодуляторы – это препараты широкого спектра действия, которые являются относительно безопасными. Но их применение требует подбора грамотным специалистом. Граждане имеют неплохое представление о том, что это за группа лекарственных препаратов, каково их назначение, а около 1/3 применяют их в профилактике и лечении. Однако довольно большой процент аудитории не имеет представления о побочных эффектах иммуномодуляторов и возможностях их комбинирования с другими препаратами при лечении различных заболеваний.

В целом, учитывая безрецептурный отпуск препаратов данной группы в аптеках, исследование отражает необходимость более широкого ознакомления граждан с особенностями иммуномодуляторов для их более точного и эффективного применения в профилактике и лечении заболеваний. С этой целью нами подготовлен информационный бюллетень «ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ НА СЛУЖБЕ ИММУНИТЕТА».

СОДЕРЖАНИЕ УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

*Шевченок Т.С., Разовцева М.Н.
Научный руководитель – Постраш Н.В., преподаватель
учреждения образования «Витебский государственный медицинский
колледж имени академика И.П. Антонова», г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность.

Молодой возраст является не только периодом больших возможностей, но также и периодом высоких рисков. Это время, когда закладывается фундамент здоровья и долголетия человека. Образ жизни человека за последние десятилетия кардинально изменился. Отмечается во всем мире растущая гиподинамия, разнообразная еда в достаточном количестве стала значительно доступнее для широких масс населения. В то же время в отличие от продуктов, производимых, например, в 20 веке, состав современной пищи полон всевозможных добавок, обеспечивающих все большие сроки хранения и вызывающих у людей желание употреблять её чаще. В связи с этим избыточная масса тела, ожирение и ассоциированные с ним заболевания у молодых людей встречаются сейчас в два раза чаще, чем 30 лет назад, и эти проблемы со здоровьем становятся все более частыми причинами для обращения к врачу [1]. В результате, если раньше миллионы жизней уносили многочисленные инфекции и эпидемии, то сегодня это, главным образом, неинфекционные заболевания, или, так называемые, «болезни цивилизации», или «болезни образа жизни», возникающие в результате издержек промышленной и научно-технической революции, загрязнения и деформации биосферы. Как известно, избыточный вес может привести к раннему развитию таких не характерных для молодого возраста болезней, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, холецистит, ИБС, цирроз печени и др. Эти заболевания в свою очередь

ухудшают качество жизни и уменьшают продолжительность жизни человека [2]. Молодое поколение с избыточным весом подвержено намного большему риску заболеть сахарным диабетом. Одной из причин этого является большое количество углеводов в пище, что ведет к снижению реакции клеток организма на гормон инсулин.

Согласно литературным данным распространенность избыточного веса и ожирения среди молодых людей резко возросла с 4% в 1975 году до 18% в 2016 году [3, 4]. В Беларуси 26 % молодёжи страдают ожирением, и, к сожалению, с каждым годом эта цифра растет. Таким образом, на наш взгляд, проблема здорового питания учащейся молодежи является крайне актуальной.

Цель исследования: анализ содержания углеводов в рационе питания учащейся молодежи.

Методы исследования: анкетирование учащихся учреждения образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П.Антонова» (205 человек), студентов учреждения образования «Витебская ордена «Знак почёта» государственная академия ветеринарной медицины» (202 человека) в возрасте 17-19 лет.

Углеводы - это природные органические соединения. В зависимости от химической структуры, они делятся на простые и сложные. К простым углеводам, чаще всего употребляемым в пищу, относятся моносахариды - глюкоза, фруктоза, галактоза и дисахариды - сахароза, лактоза. Сложными углеводами являются олиго- и полисахариды. К ним относится крахмал, а также растворимая и нерастворимая клетчатка (пищевые волокна). Простые углеводы содержатся во фруктах, овощах, соках, молоке, мёде и др. Также они очень часто в значительных количествах присутствуют в многочислен-

ных промышленных продуктах питания. Сложные углеводы составляют основу хлебобулочных изделий, каш, макаронных изделий, фруктов, овощей.

Культ «здорового питания» дал толчок для пищевой индустрии и создания «правильной» и низкокалорийной пищи, которая на самом деле зачастую таковой не является. Обойдя прилавки магазинов и почитав состав продуктов, в том числе рекомендованных для правильного и диетического питания, можно увидеть, что низкое содержание жиров производители компенсируют углеводами, благодаря которым сохраняется привлекательный вкус и запах продуктов. Надписи «без сахара», «не содержит сахара» и другие зачастую являются маркетинговыми уловками, призванными вызвать у потребителя иллюзию правильного, диетического питания. В привычном нам понимании «сахар» в их состав действительно не входит и данный термин может отсутствовать в перечне ингредиентов на упаковке. К сожалению, это не гарантирует отсутствие или низкое содержание сахаров. Вот некоторые названия которыми часто заменяют слово «сахар»: декстроза или кукурузный сахар, фруктовый, кленовый, кукурузный сироп, кокосовый, коричневый, тростниковый сахар, мальтоза, сахароза, фруктоза, сироп агавы и многие другие входят в состав привычных продуктов под видом безопасной альтернативы сахару и тоже являются быстрыми углеводами.

Огромное количество сахара содержат и часто употребляемы молодыми людьми напитки (соки, холодные чаи, газированные напитки, горячий шоколад). Часто выбор студентов падает на энергетические напитки, ведь они приятные на вкус и к тому же помогают оставаться бодрыми. Но, помимо большого количества кофеина, энергетика – это напитки с самым большим содержанием сахара.

Анализ данных, полученных в результате анкетирования учащихся, позволил установить следующие ниже приведенные факты.

Учащимся было предложено перечислить продукты питания, которые чаще всего присутствуют в ежедневном рационе. Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Примерный ежедневный рацион

Наименование продуктов	Количество респондентов	Процент респондентов (%)
Хлебобулочные изделия	402	98,8
Каша	399	98,0
Овощи	367	90,2
Мясо	362	88,9
Чай, кофе, какао с сахаром	327	80,3
Фрукты	308	75,7
Молочные продукты	271	66,5
Картофель	267	65,6
Сладости	259	63,6
Макаронные изделия	248	60,9
Соусы	234	57,5
Газированные напитки	142	34,9
Полуфабрикаты	138	33,9
Соки	125	30,7

Как видно из таблицы 1, в рационе учащихся преобладают продукты, содержащие большое количество углеводов, как сложных, так и простых, при этом 46% опрошенных никогда не использовали диетические продукты питания вместо обычных.

Фастфуд в ежедневном рационе присутствует у 30 % (118 человек) опрошенных, большинство респондентов (71%) отмечало высокую стоимость такой еды, но не задумывалось о её качественном составе.

Молодые люди часто используют в своем питании продукты, которые рекомендуются для формирования полноценного рациона (каши, овощи, мясо, фрукты, молочные продукты). К сожалению, забывают, что в состав даже полезных продуктов может входить большое количество углеводов. В сочетании с мучными изделиями, сладостями, соусами и другими источниками сахаров, рацион становится перегружен углеводами, что со временем приводит к появлению избыточной массы тела, ожирения, инсулинорезистентности и других патологических состояний.

Отдельно хотелось бы выделить пункт анкеты, в котором учащихся спрашивали о количестве сахара, съедаемом ими в день.

Таблица 2.

Содержание сахара в ежедневном рационе

Количество чайных ложек сахара в день	Число респондентов	Процент респондентов (%)
Вообще не ем	65	15,9
1-2	150	36,9
3-4	107	26,3
> 5	39	9,6
> 10	15	3,7
не задумывался	35	8,6

Согласно данным таблицы 2 значительное количество опрошенных (35%) выбрали ответ «1-2 чайные ложки». Этот показатель отражает лишь

видимое молодыми людьми количество сахара, но не стоит забывать и о быстрых углеводах, входящих в состав продуктов питания. Вместе с тем молодые люди считают, что потребляют небольшое количество сахара, при этом 31% молодых людей утверждает, что может отказаться от сладкого, а ещё 48 % - наоборот, отказаться от него не могут. Таким образом, уже в молодом возрасте формируется вредная привычка регулярно употреблять быстрые углеводы в чрезмерном количестве.

Кроме этого в результате анкетирования было установлено, что 30% ближайших родственников учащихся болеют сахарным диабетом, 51% имеет избыточный вес. Таким образом, налицо факторы риска генетической предрасположенности к заболеваниям обмена веществ.

Заключение. В результате нашего исследования установлено преобладание высокоуглеводной пищи в ежедневном рационе питания учащейся молодежи. Это может являться следствием того, что девушки и юноши просто не задумываются о количестве съедаемых углеводов и о последствиях чрезмерного их употребления. Только 38 % от числа опрошенных молодых людей время от времени изучают состав употребляемых продуктов питания. С возрастом сформировавшееся в молодые годы неправильное пищевое поведение может стать одной из основных причин нарушения обмена веществ, ведущему к многочисленным серьезным заболеваниям

Список литературы

1. Ожирение и избыточный вес [Электронный ресурс] / ВОЗ. – режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Дата обращения 20.01.24). – Текст : электронный.
2. Ожирение как медицинская проблема [Электронный ресурс] / Медвестник. – режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/articles/Ojirenie->

[kak-medicinskaya-problema.html](#) (Дата обращения 1.02.24). – Текст : электронный.

3. Королевич, Д. Д. Правильное питание в режиме дня студентов [Электронный ресурс] / Д.Д.Королевич, И.И. Ишмухаметов – режим доступа: <https://elar.rsvpu.ru/handle/123456789/19966> (Дата обращения 2.02.24). – Текст : электронный.

4. Свиригина, Л.А. Рациональное питание для студентов с различной двигательной активностью [Электронный ресурс] / А.Л. Свиригина [и др.] – Казань, 2018. – 70 с. – режим доступа: https://docviewer.yandex.by/view/0/?* (Дата обращения 3.02.24). – Текст: электронный.

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Шеханина А.Д.

*Научный руководитель - Кравцова Т.В., преподаватель
медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Актуальность проблемы правильного питания современного человека обусловлена его социальной активностью, доступностью и разнообразием уже готовой продукции, высокой степенью занятости. Правильное питание — это основа здоровья человека. Пища, которую мы употребляем, необходима для жизнедеятельности всех клеточных структур человеческого организма. Она является источником энергии, необходимой для осуществления всех обменных процессов в организме. Именно пища является строительным материалом для обновления клеточных структур, протекания регенеративных процессов. И чем более здоровое питание обеспечивает человек, тем более рациональней протекают все процессы метаболизма. Существует достаточное количество исследований, указывающих на то, что нездоровое, нерациональное питание в совокупности с низкой физической активностью являются провоцирующими факторами возникновения достаточно широкого спектра заболеваний. Каждый человек в определенные моменты страдает расстройством пищевого поведения, что объясняется уже вышеуказанными причинами. Доступность, простота в применении уже готовых блюд, отсутствие желания на приготовление свежей пищи приводят к тому, что организм сталкивается с недостаточным получением органических, неорганических веществ, витаминов и минералов. Следствием этого является нарушение жизнедеятельности клеток, тканей, органов и организма в целом. Общеизвестная фраза гласит, что любое заболевание гораздо легче предупредить, нежели излечить. Поэтому культура питания должна формироваться у человека наряду с

необходимыми для социализации умениями и навыками. В этом процессе значительная роль отводится пропаганде правильного питания в различные периоды жизни человека. Сложно переоценить вклад медицинского работника в осуществление и проведение данной деятельности. Одной из форм взаимодействия санитарного фельдшера и населения является профилактическая работа, включающая проведение санитарно-эпидемиологических и профилактических мероприятий по обеспечению безопасной среды пребывания, проведение гигиенического обучения и аттестации работников отдельных профессий, разработка мер, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия среды обитания на здоровье населения. Данная деятельность должна носить системный характер, охватывать разные слои населения и проводиться с использованием современных средств и способов коммуникации. Самыми распространёнными и простыми способами взаимодействия с населением можно назвать лектории, Школы здоровья, а также санитарно-просветительская работа с изготовлением печатной продукции (памятки, буклеты, санбюллетени). Материал, который используется для данной работы должен быть изложен в доступной и простой для восприятия форме, содержать минимальное количество медицинской терминологии, четко и грамотно объяснить роль и значение правильного питания для человека с учетом возраста, пола, физиологического состояния, рода деятельности. У слушателей не должно возникать двойного восприятия информации, недопонимания сказанного. Важно включить в эту работу сбор и анализ имеющейся уже статистической информации по стране, по региону, по населенному пункту (процент людей разного возраста, страдающего ожирением, имеющего заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые заболевания). Необходимо представлять информацию о значении свежеприготовленной пищи в домашних условиях, важности сбалансированного питания,

обеспечивающего поступление всех необходимых для организма веществ. Лектории, занятия в Школах здоровья должны сопровождаться использованием информационно-коммуникационных технологий (мультимедийные презентации, видеосюжеты, выступления специалистов, исследователей в данной области). Следует отметить, что данная работа не всегда будет иметь быстрый результат. Зачастую, она охватывает временные промежутки в несколько недель, месяцев или даже лет. Но, чем раньше человек начнет получать данную информацию, тем, соответственно, раньше начнется формирование культуры здорового питания, которая займет прочное место в его повседневной жизни, в жизни его семьи, детей. Человек должен понимать, если вы начнете придерживаться ряда не столь сложных правил, он сможет не только избавиться от лишних килограмм, но и привести свое здоровье в полный порядок, значительно улучшить самочувствие, почувствовать другие ощущения. Здоровый образ жизни является субъективно значимым, поэтому в сохранении и укреплении здоровья каждого человека необходима

перестройка сознания, ломка старых представлений о формировании здоровья, изменение уже сформировавшихся стереотипов поведения, так как «Здоровый человек бывает иногда несчастен, но больной не может быть счастлив совсем. Здоровье – это ценность, без которой жизнь не приносит удовлетворения и счастья». Важно не только объяснить человеку, но и убедить его соблюдать основные принципы здорового питания, а они просты и доступны любому, но и постоянно указывать на теснейшую связь питания и нашего здорового долголетия.

Список литературы

1. Дроздова, Т. М. Физиология питания: Учебник / Т. М. Дроздова, П. Е. Влощинский, В. М. Позняковский. – Новосибирск: Сиб. унив. изд-во, 2007.

2. Есауленко Е.Е., Еремина Т.В., Басов А.А., Попов К.А., Швец О.В., Волкова Н.К. РОЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4-1. – С. 98-101;

3. Методические рекомендации МР 2.3.1.2432 – 08. Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации // Государственное санитарно– эпидемиологическое нормирование Российской Федерации. – М., 2008.

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗИТИВНОГО РОДИТЕЛЬСТВА У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Шуть Е.В.

*Научный руководитель - Маилова М.Н., к.п.н., преподаватель
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Курск*

Аннотация

Формирование позитивного, ответственного родительства, как актуальнейшая проблема современного мира, изменения роли семьи в иерархии ценностей современной молодежи, трансформация жизненных ценностей молодежи, значение и цели работы по формированию позитивного родительства.

В семье закладываются корни, из которых вырастают потом и ветви, и цветы, и плоды. На моральном здоровье семьи строится педагогическая мудрость школы».

В Сухомлинский

Формирование позитивного родительства у молодежи занимает сегодня особое место в успешности решения задач социально - экономического развития нашей страны, ведь именно семья является одним из основных факторов воспитания и социализации, воспроизводства будущего поколения. На протяжении всей истории человечества в одиночестве, без семьи, было невозможно не только нормальное существование человека, но даже его физическое выживание.

Трансформации прежних ценностей и формирования новых социально-экономических отношений, привело к тому, что современные молодые люди находятся в сложных условиях, вследствие чего молодежь как правило, недостаточно подготовлена к семейной жизни, созданию семьи и формированию позитивного родительства. Значение семьи в развитие личности сегодня неоспоримо доказано, ведь оно начинается еще в младенчестве, посред-

ством взаимодействия ребенка с родителями. Психологические семейные факторы, определяющие семейную атмосферу, стиль взаимоотношений в семье, ценностная система и установки родителей на воспитание, являются определяющими как в личностном развитии, так и формировании будущего позитивного родительства.

Современная психология признает, что опыт сложившихся детско-родительских отношений является для молодых людей моделью построения отношений с собственными детьми в создаваемых ими семьях. Ребенок может осуществлять как прямое воспроизведение родительской модели поведения, так и позицию, компенсирующую те стороны родительского воспитания, дефицит которых переживал сам родитель, в своем детстве (заботы, любви, мягкости, сотрудничества), и определять основу родительской модели поведения «от обратного» как антипода не принимаемых бывшим ребенком установок и норм своих родителей.

По данным психологических исследований последних 20 лет, определяется крайне низкий уровень подготовленности молодежи к ответственному родительству. Всего лишь у 29% формирование будущего родительства является главной стороной отношений. У остальных молодых пар ожидания, связанные с рождением ребенка или не совпадают, или не соответствуют реальным трудностям, которые возникают в молодых семьях в связи с этим событием, более чем у 40% пар этот вопрос относится к сфере конфликта (Т.А. Гурко, И.В. Игнатова и др.).

Так, например, одной из самых актуальных проблем в современном обществе является несовпадение биологической способности молодых людей к воспроизводству потомства с психологической и социально-нравственной готовностью стать родителями, переориентация молодежи с семейных ценностей, основанных на стабильном браке с несколькими детьми, на ценности

внесемейные, чаще связанные с достижением определенных материальных благ или достижения высокого социального статуса.

В связи с вышеизложенным вполне очевиден возросший интерес со многих международных организаций, правительств различных государств и международных организаций к проблеме формирования семейных ценностей и будущего развития института семьи. Особенное внимание уделяется родительству, как важнейшей подсистеме института семьи. Руководители общественных организаций, психологи, педагоги, юристы и многие другие поднимают вопросы о защите прав ребенка, о создании оптимальных условий и выявлении объективных факторов его развития, а также вводятся новые понятия, такие как: «эффективное родительство», «осознанное родительство», «идеальное родительство», «позитивное родительство».

Следует отметить, что заявленная проблема «позитивного родительства» на данный момент не проработана научно в достаточной степени, а скорее является частью терминологии в изданиях по популярной психологии, которая не всегда утруждает себя сбором достоверных данных и валидностью использованием методик.

Члены Совета Европы по поддержке формирования системы позитивного родительства определяют его как такое поведение родителей, при котором уважаются права детей и их высшие интересы, как они определены в Конвенции ООН о правах ребенка. Также в Конвенции учитываются возможности и потребности самих родителей. Родитель должен воспринимать ребенка как полноправную личность, проявлять заботу, направлять и обучать своего ребенка. Характеризуется позитивный родитель как не впадающий в крайности строгости или вседозволенности воспитания. Родитель определяет рамки,

которые не ограничивают раскрытие потенциала ребенка. Самое главное, в процессе воспитания ребенок не должен подвергаться насилию.

Следует отметить, что Россия находится только в начале пути к мониторингу семейных проблем и созданию системы грамотного контроля ее проблем. До недавнего времени семейная политика в нашей стране ограничивалась в основном санкциями и запретами, а не позитивной пропагандой семейных ценностей и способствованием развитию ответственного и позитивного родительства.

Таким образом, можно предположить, что готовность молодежи к будущему родительству, формирование позитивного родительства в молодежной среде является одной из актуальнейших задач, решение которых может взять на себя профессиональные образовательные организации, в которых обучается будущее поколение нашей страны. Проводимая в нашем колледже работа по формированию ответственного и позитивного родительства обуславливает большую заинтересованность молодых людей в приобретении знаний по семейной психологии, формировании семейных ценностей.

Подтверждением этого предположения были получены результаты проведенного нами эмпирического исследования, среди студентов 1 и 2 групп 3 курса фельдшерского отделения и 1-4 группах медсестринского отделения 4 курса, в котором приняли участие студенты в возрасте от 20 до 22 лет, общей численностью 81 человек. В нем были использованы следующие методики: методика определения семейных ценностей и ролевых установок А.Н. Волковой для определения содержания представлений об иерархии семейных ценностей у студентов; опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3) для определения содержания представлений о структуре родительской и будущей семье у студентов; методика «Незавер-

шенные предложения» для определения эмоционального отношения молодых людей к браку (семье), родительству и воспитанию детей.

Полученные результаты показали, что для студентов приоритетной в семейной жизни является профессиональная и социальная активность

(ранг 1- 5,93), что обуславливается значимостью и стремлением современной молодежи к профессиональной самореализации в этом возрасте и формированием жизненной позиции . Вторым ранг занимают ценности, отражающей психотерапевтическую функцию семьи (ранг 2- 5,87), и определяющие важность получения взаимной эмоциональной, психологической поддержки членов семьи. Важным является тот факт , что ценность «Родительство и воспитание детей» занимает третий ранг в иерархии семейных приоритетов (ранг 3- ср.знач. 5,21).

Вместе с тем, определенную тревогу вызывают выявленные половые различия в оценке ценности родительства. Если юноши признают родительство как значимую семейную ценность и оценивают высоко роль отца (73%), то для девушек характерна более выдержанная оценка материнской роли и ценности воспитания детей (71%). Они считают в этом возрасте более важной социальную активность как собственную , так и своего партнера. Как нам видится, эти различия связаны с изменением в восприятии значимости семейных ролей у женщин и мужчины в современном обществе. Проявляющаяся тенденция у современных женщины связанная с установками профессионального роста и выстраивания карьеры, потребностями в самореализации, экономической и личностной независимости нередко приводит к тому, что создание семьи от отодвигается на второй план.

Возвращаясь к теме формирования позитивности родительства, мы выделяем основные задачи его формирования: становление родительского поведения, приспособление к роли родителя –как одного из главных

направлений личностного развития взрослого человека. Ключевыми измерениями ответственного родительства являются по нашему мнению следующие: коммуникативное- общение с ребенком; эмоциональное- сопереживание ребенку; нормативное- привитие социальных норм; экономическое- материальное обеспечение; охранительное -сохранение и укрепление здоровья; духовное- привитие базовых жизненных ценностей.

Условиями для успешного решения родительских задач мы считаем зрелость самих родителей, родительскую любовь и родительский авторитет.

Принципами позитивного родительства можно овладеть достаточно усвоив три основных умения: уметь слышать ребенка; уметь выражать чувства и слова доступно для понимания ребенка; уметь договариваться с ребенком так, чтобы результатами разговора были довольны оба его участника.

Мы видим цель в формировании у молодежи позитивного родительства в том, чтобы целью воспитания в образовательных организациях стало формирование целостной системы, которая будет включать в себя не только знания по дисциплине семейная психология, но и проведения диспутов среди студентов, классных часов, о роли и значении семьи в жизни человека, встречи с многодетными, успешными родителями, проведения мероприятий , посвященных Дню Матери, Дню российской семьи, что позволит формироваться установкам, что семья и родительство занимают ведущее положение в иерархии ценностей в жизни человека.

Список литературы

1.Бурыкина М.Ю. Замещающее поведение детей и подростков в контексте материнского отношения. – Брянск : Курсив, 2009.

2.Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Теория семейных систем Мюррея Боуэна // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2004. – № 1. – С.25–36.

3.Дымнова Т.И. Психологический анализ зависимости структурно-содержательных особенностей супружеской семьи от родительской : дисс. ... канд. психол. наук. – Москва, 2002.

4.Захарова Е.И. Представление о характере социальной роли, как средство ориентировки в ее исполнении // Культурно-историческая психология. – 2012. – № 4. – С. 38–41.

5.Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. – Москва, 2007.

6.Карабанова О.А., Трофимова О.В. Роль родительской семьи в формировании образа будущей семьи // Современная российская семья: психологические проблемы и пути их решения. – Астрахань: Изд-во Астраханского университета, 2013. – С. 14–21.

МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА

Юдин А.С.

Научный руководитель – Устинова О.В., преподаватель
ОГАПОУ «Старооскольский медицинский колледж», г. Старый Оскол

Актуальность исследования обусловлена высоким уровнем инфицированности детского и взрослого населения, полиморфизмом клинических проявлений, отсутствием специфической профилактики.

Цель исследования: проанализировать методы лабораторной диагностики сифилиса.

Задачи данной работы:

1. Изучить учебно-методическую литературу, касающуюся как самого заболевания, так и его диагностики.
2. Оценить методы лабораторной диагностики сифилиса.
3. Провести анализ уровня заболеваемости сифилисом в городе Старый Оскол и Белгородской области за 2020-2022 гг.

Объект исследования: сифилис.

Предмет исследования: методы лабораторной диагностики сифилиса.

Сифилис – это венерическое инфекционное заболевание с поражением наружной оболочки дермы, внутренних органов, нервной системы и костной структуры в теле человека. Сифилис вызывается бледной трепонемой (*Treponema pallidum*) [3].

Были рассмотрены все методы лабораторной диагностики сифилиса.

Самым распространенным прямым методом диагностирования сифилиса является наблюдение трепонемы в темном поле микроскопа или при фазовом контрасте, где легко обнаруживаются спиралевидные бактерии. Наблюдение в исследуемом материале трепонемы дает возможность делать заключение о

наличии сифилиса, диагноз которого можно даже на ранних этапах болезни поставить, когда в крови еще не началось образование антител.

Микрореакция преципитации применяется для массовых обследований отдельных групп населения, диагностики сифилиса и контроля над эффективностью лечения. При обследовании беременных, доноров и для контроля эффективности лечения не применяется.

Реакция пассивной гемагглютинации применяют при обследовании доноров, лиц, находящихся рядом с больными пациентами, для подтверждения ложноположительных предварительных результатов других тестов. Чувствительность этой реакции увеличивается, начиная со второй стадии развития болезни. Она подтверждает результаты нетипичных нетрепонемных тестов.

Методом иммуноферментного анализа сифилис обнаруживается благодаря выявлению антител к трепонеме. Они содержатся в крови больного, причем их тип и количество зависят от стадии и формы заболевания, что позволяет получить важную информацию о текущем состоянии здоровья человека.

Сравнительный анализ методов лабораторной диагностики сифилиса показал, что наиболее чувствительным и специфичным методом является иммуноферментный анализ.

Серодиагностика сифилиса в различные периоды заболевания показывает, что для диагностики сифилиса, особенно ранней стадии, а также для оценки успешности проводимого лечения важнейшее значение имеют ИФА и ПЦР [1].

Заболеваемость инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, в 2022 году в сравнении со среднемноголетними показателями остается стабильной. Уровень заболеваемости сифилисом вырос до 3,28 на 100 тыс. населения, по сравнению с показателями заболеваемости 2021 и

2020 гг. в 1,3 - 2,1 раза соответственно (в 2020 г. с 1,50 до 2,43 на 100 тыс. населения в 2021 году и в 2022 г. до 3,28 на 100 тыс. населения). В то же время, в сравнении со среднемноголетними показателями отмечается снижение заболеваемости сифилисом в 1,9 раза.

Анализ структуры заболеваемости сифилисом за 2020-2022 гг показал, что среди клинических форм сифилиса, зарегистрированных в Белгородской области, преобладают ранние формы заболевания (первичный, вторичный, ранний скрытый сифилис).

В структуре клинических форм раннего сифилиса преобладает ранний скрытый сифилис – 49,9%, первичный сифилис составил 11,6%, вторичный – 30,0%, ранний неуточненный – 0,60%.

Наибольшая заболеваемость сифилисом регистрируется в возрасте 30-39 лет и в 2020 году составляет – 35,6% от общего числа больных. В 2021 году этот показатель составил – 43,8% от общего числа больных. В 2022 году показатель заболеваемости составил – 56,3% от общего числа больных [2].

Выводы:

1. Несмотря на то, что в распоряжении современной медицины имеются эффективные методы диагностики и терапии, сифилис приобрел эпидемическое распространение.
2. Наиболее чувствительным и специфичным методом лабораторной диагностики сифилиса является ИФА.
3. За три анализируемых года на территории Белгородской области отмечается снижение заболеваемости сифилисом.

Список литературы

1. Данилов, С.Е. Инфекции передающиеся преимущественно половым путём / С.Е Данилов. СПб.: ИНДИГО, 2017. – 40 с.
2. Областной доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического

благополучия населения в Белгородской области в 2020 году». – Белгород, 2022. – 255с.

3. Шпрыкова, О.Н. Этиология и патогенез сифилиса / О.Н. Шпрыкова, Л.Ф. Сатунина. – М.: Медицина, 2017. – 216 с.

АНТИБИОТИКИ И ИХ СОЗДАТЕЛИ, ОТКРЫТИЕ ПЕНИЦИЛЛИНА И СТРЕПТОМИЦИНА

Юрьева М.А.

*Научный руководитель – Луханина Е.М., преподаватель
Медицинского колледжа НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Актуальность.

В 2024 году исполняется 143 года, со дня рождения лауреата нобелевской премии по физиологии и медицине (1945), сэра Александра Флеминга, человека, подарившего миру пенициллин. О нём и его научном подвиге, в отражении средств коллекционирования, уже много написанных статей.

Цель работы.

Представить данные о вкладе в мировую медицинскую науку Александра Флеминга.

Материалы и методы.

При проведении данной исследовательской работы, был использован метод углублённого анализа доступных научных источников, с использованием справочников, энциклопедий, каталогов, интернет-ресурсов.

Результаты исследования.

Начать свой рассказ хотелось бы с истории двух учёных, без активности и непосредственного участия которых, не был бы синтезирован и выпускаем в промышленных масштабах пенициллин.

«13 сентября 1929 года, на заседании медицинского исследовательского клуба при Лондонском университете, бактериолог Флеминг Александр впервые представил научной общественности, своё открытие – всемирно знаменитый пенициллин. Но должно было пройти еще немало времени, прежде чем антибиотик начали широко использовать в медицине. Необходимо было научиться очищать новое вещество от посторонних примесей» [2].

К сожалению, все попытки А. Флеминга и его помощников, не принесли удачи. Они не смогли выделить пенициллин в чистом виде из-за его нестойкости и быстрого разрушения, а также из-за несовершенства биохимических технологий того времени в Великобритании.

«В 30-х годах XX века многие ученые пытались улучшить эффективность пенициллина. Seriously этой проблемой занимались ученые, работавшие в Англии: австралиец Говард Вальтер Флори и немец Эрнст Борис Чейн. К маю 1940 года Чейн Э.Б. и Флори Г.В. получили неочищенный пенициллин в количествах, достаточных для испытаний на мышах. Результаты показали большую эффективность нового препарата» [1].

Также хотелось бы уделить внимание ещё одному, малоизвестному учёному, исследователю антибактериального действия плесени – французскому военному врачу Эрнесту Дюшену. Еще в далеком 1897 году молодой военный врач из Лиона Эрнест Дюшен, наблюдая, как арабские конюхи смазывают раны у лошадей, натертые седлами, соскребая плесень с этих же влажных седел, сделал упомянутое выше открытие. Он провел исследования на морских свинках и написал докторскую диссертацию о полезных свойствах пенициллина. Однако Парижский институт Пастера не принял эту работу даже к рассмотрению, сославшись на то, что автору было всего 23 года. Слава пришла к Дюшену (1874-1912) только после смерти, через 4 года после получения сэром Флемингом Нобелевской премии [1].

Далее, речь пойдёт о знаменитом учёном, авторе создания стрептомицина, выходце из Украины, профессоре Зельмане Абрахаме Ваксмане (1888-1973). Ему посвящено значительное количество коллекционных материалов разных стран.

Когда Ваксману исполнилось 22 года, он эмигрировал в США и продолжил свое образование – он окончил сельскохозяйственный колледж, получил степень магистра науки (в 1915 году), а затем начал изучать химию ферментов в университете Беркли в Калифорнии и получил звание доктора.

В 1932 году американская национальная ассоциация по борьбе с туберкулезом попросила профессора Ваксмана изучить процесс уничтожения бациллы Коха в почве. Именно эта задача стала началом грандиозного научного исследования, которое закончилось открытием антибиотика стрептомицина.

22 февраля 1946 года появилось официальное сообщение об открытии доктором Зельманом Абрахамом Ваксманом антибиотика стрептомицина, который сегодня находит широкое применение и в ветеринарии. Стрептомицин стал вторым открытым антибиотиком после пенициллина и первым антибиотиком, эффективным против туберкулеза и чумы. Это открытие принесло Зельману А. Ваксману, Нобелевскую премию (1952 год).

Вывод.

Заслуги всех выше перечисленных ученых были запечатлены на банкнотах, почтовых марках, памятных медалях и монетах. «За открытие первого антибиотика, кото-рое относят к одним из наиболее выдающихся достижений в истории человечества, Флемингу, Флори и Чейнубыла присуждена Нобелевская премия 1945 г.» [3]. Эти действия в который раз доказывают о важности изучения и открытия антибиотиков такими учеными, как Александр Флеминг, Говард Флори, Эрнест Борис Чейна, Эрнест Дюшен, ко-

торые открыли пенициллин и Зельман Авраам, который создал антибиотик стрептомицин.

Список литературы

1. 140-летнему юбилею, со дня рождения А. Флеминга посвящается. Часть II: память в средствах нумизматики / К. А. Бугаевский, К. А. Bugaevsky, О. В. Пешиков [и др.] // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2021. – № 2 (33). – С. 10-13. – ISSN 2308-2127. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/340967> (дата обращения: 03.03.2024). – Режим доступа: для авториз. пользователей. – С. 1.
2. Бугаевский К.А., Открытие пенициллина и стрептомицина, антибиотики и их создатели, в отражении средств коллекционирования / Бугаевский К.А., Пешиков О.В., Пешикова М.В. // Вестник оперативной хирургии топографической анатомии. - 2021. - №Т 1, №2 (3). - С. 27-34.
3. Сидоренко, О.Д. АКАДЕМИК ЗИНАИДА ВИССАРИОНОВНА ЕРМОЛЬЕВА И АНТИБИОТИКИ (К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ) / О. Д. Сидоренко // Известия Тимирязевской сельскохозяйственной академии. – 2019. – № 5. – С. 168-173. – ISSN 0021-342X. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/312691> (дата обращения: 03.03.2024). – Режим доступа: для авториз. пользователей. – С. 1.
4. Фархутдинова, Л.М. ИЗ ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ / Л. М. Фархутдинова // Архивъ внутренней медицины. – 2021. – № 6. – С. 416-423. – ISSN 2226-6704. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/317426> (дата обращения: 03.03.2024). – Режим доступа: для авториз. пользователей. – С. 7.