



Министерство здравоохранения Алтайского края
Краевое государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Барнаулский базовый медицинский колледж»



**Материалы IV Межрегионального
конкурса студенческих
исследовательских работ и проектов
«Ученая сова»**

Электронное издание

Редактор: Тезов А.А., заведующий кафедрой общепрофессиональных дисциплин КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж», к.м.н.

В сборнике представлены материалы IV Межрегионального конкурса студенческих исследовательских работ и проектов «Ученая сова», Барнаул, май 2024 г.

Материалы предназначены для преподавателей и студентов системы среднего профессионального медицинского образования.

КГБПОУ «*Барнаульский базовый медицинский колледж*» - Барнаул, 2024 г. – 304 с.

Материалы сборника издаются в авторской редакции.

СОДЕРЖАНИЕ

	Проекты	Стр
1	Белешапкина Дарья Антоновна. Ликвидация безграмотности. Орфография. ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия	8
2	Валик Алина Владимировна. Деятельность медицинской сестры по профилактике расстройств пищевого поведения у учащихся старших классов. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум», г. Красноярск	12
3	Демешко Ирина Игоревна. Лекарственные растения Байкала. ОГБПОУ «Тулунский медицинский колледж», г. Тулун, Иркутская обл.	17
4	Иванова Диана Евгеньевна. Качественные свойства мёда – залог здоровья человека. ФГБОУ ВО ИРГУПС "Медицинский колледж железнодорожного транспорта", г. Иркутск	22
5	Ключникова Виктория Владимировна, Карле Ксения Денисовна, Константинова Татьяна Михайловна, Абдурахманова Парвина Илхомжоновна, Джамоллидинова Мехрона Фирузжоновна, Зикрибоева Шавкия Шамшодовна, Абдуллаева Нармин Рамизли, Ибрагимова Ходжибиби Гуфронжоновна. Преодоление языковых барьеров в акушерстве . КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	25
6	Милькова Кира Андреевна. Происхождение фамилии Мильковых. ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия	28
7	Рерих Юлия Ярославовна. Проблема информированности девочек-подростков о репродуктивном здоровье. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум», г. Красноярск	31
Социально-гуманитарные дисциплины		
8	Байдельшпахер Ляна Эдуардовна, Власова Екатерина Андреевна, Тарасова Ольга Васильевна, Аулова Татьяна Николаевна. История возникновения культуры курения . КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	35
9	Безноско Ксения Юрьевна. Зооморфизмы в эмоционально-оценочной характеристике людей. ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж», г. Саяногорск, Республика Хакасия	39
10	Васильева Светлана Максимовна, Гуляева Елена Антоновна, Ерошкина Полина Алексеевна, Литовка Вераника Валерьевна, Никулина Мария Андреевна, Раева Полина Максимовна, Черепова Татьяна Леонидовна. История белого халата. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	44
11	Величко Ангелина Евгеньевна. Семейные отношения в современном мире. КГБПОУ "Бийский медицинский колледж", г. Бийск, Алтайский кр.	48
12	Гроо Татьяна Витальевна. Сестринский уход в зеркале русской классической литературы. КГБПОУ «Бийский медицинский колледж». г. Бийск, Алтайский край	51
13	Иволгина Лилия Александровна.. История борьбы с алкоголизмом. ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия	56
14	Катюкова Арина Денисовна, Иванова Дарья Николаевна, Сидорова Анастасия Александровна. Исторический взгляд на проблему алкоголизма. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	59
15	Квитко Екатерина Дмитриевна. Как наркотики влияют на наш организм. ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия	64

16	Кириллова Анна Михайловна. Физическая культура как средство борьбы от переутомления и низкой работоспособности. Искитимский филиал ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж», г. Искитим, Новосибирская обл.	67
17	Кондрацкая Арина Максимовна . Особенности изучения английского языка. ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия	70
18	Монгуш Ай-Белек Херелович. Мой прадед – гордость семьи Саая. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва	75
19	Никитин Вадим Андреевич. Откуда ты взялась, строка?. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж», г. Камень-на-Оби, Алтайский край	79
20	Никифорова Дарья Александровна. Сборник стихотворений собственного сочинения. ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж», г. Саяногорск, Республика Хакасия	82
21	Раманюк Варвара Анатольевна. Экологические проблемы. ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск	84
22	Тебенькова Мария Кирилловна. Математические методы исследования соответствия антропометрических данных подростка нормам его физического развития. ФГБОУ ВО ИрГУПС "Медицинский колледж железнодорожного транспорта", г. Иркутск	87
23	Ульяненко Алексей Витальевич. История зарождения Фармакологии . ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия	92
24	Федорова Ксения Николаевна. Значение фармакологии. ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия	94
25	Цыганкова Екатерина Владимировна, Поздерина Елена Сергеевна, Роева Кристина Петровна, Шульмина Анастасия Александровна. Распространенность татуировок у студентов-медиков и отношение пациентов к татуированным медработникам. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	97
26	Шпилевская Надежда Евгеньевна, Лукиянчук Олеся Алексеевна. Школа реальных дел. ОГБПОУ «Братский медицинский колледж», г.Братск	99

Общепрофессиональные дисциплины

27	Баткар Вероника Владимировна. Пыль и ее влияние на здоровье человека. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва	103
28	Бахарева Татьяна Алексеевна. Инновации в медицине: информационные технологии и забота о пациентах. ФГБОУ ВО ИрГУПС "Медицинский колледж железнодорожного транспорта", г. Иркутск	106
29	Келлер Алина Николаевна. Ароматерапия в жизни студентов. КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум», р.п. Степное Озеро, Алтайский край	111
30	Корчагина Виктория Сергеевна. Если сердце не на месте. КГБПОУ «Бийский медицинский колледж». г. Бийск, Алтайский край	115
31	Косова Екатерина Александровна. Влияние режима дня на эффективность обучения студентов. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж», г. Камень-на-Оби, Алтайский край	120
32	Леонтьева Ольга Максимовна. Социологическое исследование роли общепрофессиональных дисциплин в жизни студентов Медицинского колледжа. БПОУ ОО «Медицинский колледж», г. Омск	125

- 33 Лысцова Анна Алексеевна, Егошина Анна Николаевна. Образ жизни и его влияние на здоровье студентов КГБПОУ АМТ. КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум», г. Ачинск, Красноярский край 129
- 34 Маркина Олеся Александровна. Бинокулярное зрение и стереокартинки. КГБПОУ "Барнаульский базовый медицинский колледж" 134
- 35 Миронова Мария Васильевна. «Создание интерактивного плаката «Описание клинических случаев, иллюстрирующих генетические принципы в практической медицине». КГБПОУ «Бийский медицинский колледж». г. Бийск, Алтайский край 137
- 36 Нартова Алёна Васильевна. Факторы, влияющие на развитие психосоматических заболеваний. КГБПОУ "Барнаульский базовый медицинский колледж" 140
- 37 Овчарова Екатерина Игоревна. Влияние профессионального стресса на коммуникацию в медицинском коллективе. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум», г. Красноярск 144
- 38 Ондар Сайыран Александровна. Аллергические реакции на насекомых. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва 149
- 39 Ондар Тайгана Аганаковна. Маршрут здоровья. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва 153
- 40 Ооржак Амила Олчаевна. Здоровье и электронные сигареты. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва 158
- 41 Праздников Валерия Сергеевна. Вторичное использование бытовых отходов. ОГБПОУ «Черемховский медицинский колледж им.Турышевой А.А.», г. Черемхово, Иркутская область 161
- 42 Пилипенко Полина Андреевна, Сулейменова Аминна Еркинбековна. Гигиенические аспекты внешнего вида и медицинской одежды в студенческой среде. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» 166
- 43 Попов Андрей Сергеевич. Влияние кофеина на организм человека. ФГБОУ ВО ИрГУПС "Медицинский колледж железнодорожного транспорта", г. Иркутск 169
- 44 Сингилеева Мария Александровна. Влияние тревожности на профессиональную деятельность медицинской сестры. КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум», г. Ачинск, Красноярский край 173
- 45 Спирина Антонина Владимировна. Как снотворные действуют на наш организм, нормализуя наш сон.. ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия 177
- 46 Троицких Любава Павловна. Значение питания для здоровья пациентов. ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ», г. Саяногорск, Республика Хакасия 181
- 47 Фалюш Дарья Васильевна . Оценка экологического качества воды ручья Горячий . ФГБОУ ВО ИрГУПС "Медицинский колледж железнодорожного транспорта", г. Иркутск 184
- 48 Цыбуля Рината Романовна. Влияние солнечной активности на жизнь и на здоровье человека. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж», г. Камень-на-Оби, Алтайский край 186
- 49 Шерер Анастасия Владимировна. Медицинский взгляд на нетрадиционное применение аспирина. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» 192

Профессиональные модули

50	Абдуллаева Эвелина Гамлетовна. Исследование этических норм поведения медицинской сестры по отношению к пациенту. БПОУ ОО «Медицинский колледж», г. Омск, Омск	196
51	Барбие Екатерина Ивановна, Шулико Яна Александровна. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье девочек-подростков. КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум», р.п. Степное Озеро, Алтайский край	201
52	Балчый Шолбана Мергеновна. Оценка доступности лекарственного обеспечения гастроэнтерологических препаратов. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва	206
53	Белых Алексей Денисович . Деятельность медицинской сестры в профилактике педикулеза. КГБПОУ «Лесосибирский медицинский техникум»	211
54	Букреева Арина Сергеевна. Профилактика ветряной оспы у детей. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж», г. Камень-на-Оби, Алтайский край	213
55	Булкина Юлия Владимировна. Биомеханика и эргономика в сестринской деятельности. КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж», г. Рубцовск, Алтайский край	217
56	Буторина Анастасия Алексеевна. Сахарный диабет-пандемия XXI века. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	221
57	Варкентин Маргарита Ивановна. Репродуктивный потенциал студенток родинского медицинского колледжа. КГБПОУ "Родинский медицинский колледж"	224
58	Вибе Ангелина Романовна. Профилактическое занятие «Сахар: польза или вред?». ОГБПОУ «Братский медицинский колледж», г.Братск	229
59	Давыдова Диана Григорьевна. Тайны сладких ядов. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж», г. Камень-на-Оби, Алтайский край	231
60	Дворядкина Надежда Борисовна. Человекоцентричность паллиативной помощи. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва	235
61	Дорохова Мария Александровна. Ph желчи как показатель наличия паразитарных инвазий: исследование связи между описторхозом и изменением Ph желчи у пациентов. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	240
62	Ибрагимова Зарина Сухробовна. Профилактика рецидивов атопического дерматита у детей в профессиональной деятельности фельдшера.. ОГБПОУ «Иркутский базовый медицинский колледж»	244
63	Иванин Полина Александровна, Попкова Ксения Павловна. Роль детских подгузников в жизни ребёнка. КГБПОУ "Родинский медицинский колледж"	246
64	Ковтун Алексей Григорьевич. Особенности контрацептивного выбора студентов Родинского медицинского колледжа. КГБПОУ "Родинский медицинский колледж"	251
65	Колесников Михаил Андреевич. Боль в спине на фоне нарушения осанки в молодежной среде. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	256
66	Кушникова Елена Николаевна. Синдром диабетической стопы. ОГБПОУ «Нижеудинское медицинское училище»	260

67	Малышева Татьяна Юрьевна, Редькина Кристина Руслановна. Влияние маммопластики и пирсинга на грудное вскармливание. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	264
68	Монгуш Айлан Шораан-ооловна. Проблема сифилиса в нашей стране и Республике Тыва. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва	269
69	Монгуш Долгармаа Айдановна. Рак молочной железы в Республике Тыва: заболеваемость, диагностика. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», г. Кызыл, Республика Тыва	273
70	Новичкова Нелли Михайловна. Отпуск, реализация, условия хранения местных антисептиков и применение их в домашних условиях. КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум», р.п. Степное Озеро, Алтайский край	278
71	Поздерина Елена Сергеевна, Роева Кристина Петровна, Шульмина Анастасия Александровна . Приверженность пациентов стационара к лечению. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	280
72	Сафонова Анастасия Павловна. Выявление нарушений зрения у школьников начальных классов. БПОУ ОО «Медицинский колледж», г. Омск, Омск	283
73	Сташевская Ксения Александровна. Оптимизация услуг по ВИЧ-тестированию как современная тенденция в борьбе со СПИДом. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	287
74	Титовская Алина Евгеньевна, Мишанова Мария Станиславовна. Как речевая культура медицинского работника влияет на качество оказываемой помощи. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	292
75	Фролов Кирилл Денисович. Изучение хромосомного заболевания- косоглазия (с целью прогноза его дальнейшего развития). Новокузнецкий филиал ГБПОУ "Кузбасский медицинский колледж"	296
76	Шмакова Евгения Юрьевна, Сташевская Ксения Александровна, Шерер Анастасия Владимировна, Зотов Егор Денисович. Новый подход к профилактике болевого синдрома, возникающего после занятий физкультурой и спортом. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	300

ЛИКВИДАЦИЯ БЕЗГРАМОТНОСТИ. ОРФОГРАФИЯ

Белошапкина Дарья Антоновна
Руководитель: Чеповая Елена Витальевна
ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ»

Русский язык как учебный предмет по государственным образовательным стандартам изучается на протяжении всего обучения в школе. После окончания учебного заведения многие, к сожалению, не пользуются правилами русского языка. Это приводит к снижению грамотности населения целой страны. Как же дать людям возможность повторить орфографию русского языка? Как сделать так, чтобы люди запомнили, как пишутся слова и не допускали ошибки при их использовании в быту или в своей работе? Необходимо использовать все сферы жизни человека для эффективного запоминания правописания слов. Проанализировав распорядок дня среднестатистического жителя села Кирово Бейского района Республики Хакасия, я пришла к выводу, что каждый день он хотя бы один раз посещает магазин. В данной работе я представляю одно из решений проблемы недостаточной грамотности населения села Кирово.

Гипотеза: зрительная память поможет жителям села Кирово повысить свою орфографическую грамотность.

Цель: повышение грамотности населения села Кирово.

Задачи:

- узнать, какой тип памяти преобладает у жителей с. Кирово;
- изучить ассортимент магазинов с. Кирово для составления слов из «группы риска»;
- изготовить новые ценники;
- изучить результаты использования новых ценников.

Актуальность: проблема орфографической безграмотности стоит на первом месте по результатам исследования различных организаций, поэтому в наши дни повышение грамотности стоит почти в государственных масштабах.

В работе использованы следующие методы исследования: тестирование, опрос, анализ.

Историческая справка.

К концу XIX века грамотность населения Российской империи была очень низкой для страны, вставшей на путь индустриального развития. Отправной точкой уровня грамотности по всей стране на начало XX века принимаются данные на 1897 год, признанные отечественными и зарубежными учёными: всего — 21,1 %, в том числе 29,3 % мужчин и 13,1 % женщин. По Сибири грамотность составляла соответственно 12 % (за вычетом детей до 9 лет — 16 %), по Средней Азии — 5 и 6 % соответственно от всего населения. И хотя в последующие годы (до 1914 г.) уровень грамотности возростал, но «после войн и вообще усиленных наборов процент грамотности падает». По прошествии трёх лет войны, к 1917 году заметная часть населения страны оставалась неграмотной, особенно в Средней Азии. Оценки числа грамотного населения на 1914—1917 гг. достаточно сильно разнятся. Часто уровень грамотности на 1914 год в Российской империи оценивается в 30 % от всего населения. Ряд западных учёных оценивают грамотность населения России к 1915 году в 35–38 %. Существует также оценка грамотности населения России в 45 % к 1914 году. Бывший министр просвещения П. Н. Игнатьев в своей статье приводил оценку в 56 % грамотных от всего населения России (на 1916 год). Поэтому было принято в 1919 году решение о создании государственной программы «Ликбез».

Ликбѐз (ликвидация безграмотности у населения) — массовое обучение неграмотных взрослых чтению и письму в Советской России и СССР. Исторически понятие «ликбез» возникло как сокращение от «ликвидация безграмотности» — государственной программы Советской России (1919 г.) Согласно ему, всё население Советской России в возрасте от 8 до 50 лет, не умевшее читать или писать, было обязано учиться грамоте на родном или на русском языке (по желанию). Народному комиссариату просвещения предоставлялось право привлекать всех грамотных лиц к обучению неграмотных на основе трудовой

повинности. Декрет предусматривал также создание школ для переростков, школ при детских домах, колониях и прочих учреждениях, входивших в систему Главсоцвоса.

Существует много способов повышения орфографической грамотности человека. Разрабатывая план повышения грамотности населения села Кирово, я предположила, что при использовании зрительной памяти человек сможет запомнить, как пишется определённое слово. Типы памяти различаются в связи с ее индивидуальными особенностями у тех или других людей.

В зависимости от преобладающего участия в работе памяти того или другого анализатора различают зрительный, слуховой, двигательный и смешанный типы памяти. Человек, отличающийся зрительным типом памяти, запоминает и воспроизводит заученный материал преимущественно в зрительных образах, в противоположность человеку с двигательным типом памяти, у которого процессы заучивания и воспроизведения опираются главным образом на двигательные представления. Например, при заучивании физических упражнений человек со зрительным типом памяти будет лучше запоминать движения в их зрительной форме и легко разбираться в ошибках, допускаемых другими физкультурниками, плохо отдавая себе отчет в собственных ошибках. Человек с двигательной памятью будет легче запоминать в мышечно-двигательных образах выполняемые им самим физические упражнения, иногда плохо соединяя их с зрительными образами движений. К смешанному типу памяти относятся люди, у которых не наблюдается преимущественное развитие какого-либо одного вида памяти и которые в своей практической деятельности в равной степени пользуются несколькими видами памяти (зрительно-слуховой тип, двигательно-слуховой и т. п.).

В педагогическом отношении важно обеспечить равномерное развитие всех трех видов памяти; только таким путем может быть обеспечено наиболее точное запоминание и воспроизведение изучаемого материала. При заучивании словесного материала это достигается практикой заучивания вслух. В этом случае в памяти учащегося одновременно закрепляются разнохарактерные зрительные, слуховые и речедвигательные образы, связанные с изучаемым материалом. Аналогично этому при заучивании физических упражнений необходимо одновременно пользоваться и двигательными, и зрительными представлениями заучиваемого движения.

При изучении любого раздела языкознания следует пользоваться наглядными материалами. В связи с этим в кабинетах русского языка и в кабинетах других школьных предметов должны быть плакаты, стенды с правилами, словарными словами и др.

Для достижения лучшего результата при повышении грамотности следует использовать все типы памяти. Эффективно, чтобы человек вокруг себя видел и слышал правильное написание и правильное произношение. Исследовав возможности памяти жителей села Кирово, я пришла к выводу, что самым развитым типом является зрительный тип. Поэтому использование в магазинах ценники с выделением орфограммы в названии товара повысит грамотность жителей села Кирово.

В работе были использованы методы тестирования, опроса, анализа.

- Тестирование.

Были протестированы 50 жителей села Кирово в возрасте от 9 до 45 лет. Это тестирование было проведено для выявления преобладающего типа памяти. Было исследовано два типа памяти: слуховая и зрительная. Двигательный вид памяти необходим, например, танцорам, наборщиком текста, поэтому при изучении орфографии он считается второстепенным.

Зрительная память: с каждым участником исследование проводилось индивидуально. Участнику показывали 10 картинок, необходимо назвать то, что изображено на этих иллюстрациях. Из 50 человек 26 назвали все изображенные предметы.

Слуховая память: были продиктовано 10 слов, участники должны были их назвать. Из 50 человек все названия воспроизвели только 14 человек.

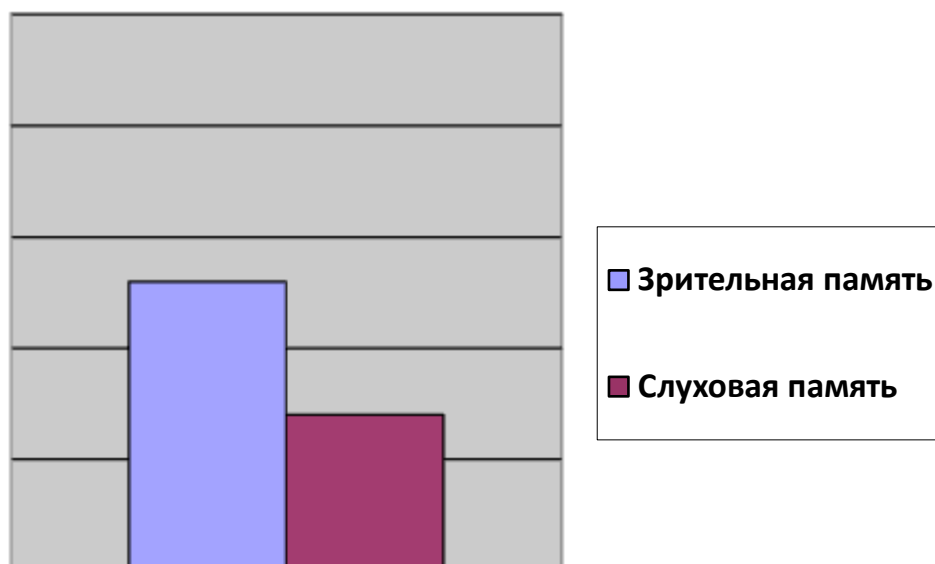


Рисунок 1- Способы запоминания жителей села Кирово

Анализ продукции магазинов села Кирово. Был изучен ассортимент двух магазинов: «Хороший» и «Гермес» для составления списка слов, в которых могут быть допущены орфографические ошибки.

Таблица 2 – Ассортимент продукции магазинов с. Кирово

1	Дорожка
2	Комод
3	Конструктор
4	Фломастеры
5	Резинка
6	Майонез
7	Молоко
8	Йогурт
9	Батончик
10	Мармелад
11	Мороженое
12	Окорока
13	Шампиньон
14	Колбаса
15	Горчица
16	Коктейль

17	Сосиски
18	Морковь
19	Ветчина
20	Говядина
21	Геркулес
22	Смородина
23	Вареники
24	Печенье
25	Шоколад
26	Конфеты
27	Дезодорант
28	Жвачка
29	Приправа
30	Кисель
31	Порошок
32	Ковёр

После этого я провела опрос жителей для выявления названий товаров, в которых чаще допускаются ошибки при их написании. Было опрошено 50 человек с 8 до 50 лет. Основная группа с 8 лет до 18 лет – школьники, от 18 до 50 – работники школы (тех. персонал, учителя) и родители учащихся. Было предложено 55 слов с пропущенными буквами. Только 4 человека не допустили орфографические ошибки при выполнении данного задания.

После проведения последнего исследования, были изготовлены новые ценники.

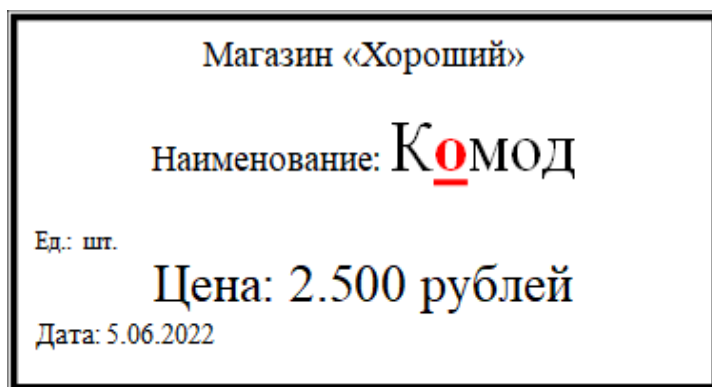


Рисунок 2 – Пример ценника

После недели использования данных ценников жителям (тем же самым участникам) было предложено вставить буквы в те же слова, которые предлагались изначально.

Проведя исследования по данной теме, мы пришли к выводам:

1. Население села Кирова допускает ошибки при написании слов. Таким образом, следует решать проблему орфографической безграмотности.
2. Повысить орфографическую грамотность можно, используя зрительную память жителей села Кирова. Для этого нужно запустить в использование новый вид ценников.
3. После введения в оборот новых ценников орфографическая грамотность повысилась. Это видно в таблице 3 (представлена часть полученных результатов).

Таблица 2 – Итоговое тестирование жителей села Кирова

№	Слово	Количество людей, допустивших ошибку,	
		До применения нового вида ценника	После применения нового вида ценника
1	Дорожка	1	0
2	Комод	10	5
3	Конструктор	1	0
4	Фломастеры	2	0
5	Резинка	3	1
6	Майонез	4	1
7	Молоко	0	0
8	Йогурт	0	0
9	Батончик	5	2
10	Мармелад	5	3
11	Мороженое	1	0
12	Окорока	1	1
13	Шампиньон	4	0
14	Колбаса	0	0
15	Горчица	0	0
16	Коктейль	0	0
17	Сосиски	2	0
18	Морковь	5	2
19	Ветчина	1	0
20	Говядина	1	1
21	Геркулес	0	0
22	Смородина	1	1
23	Вареники	4	2
24	Печенье	0	0
25	Шоколад	0	0
26	Конфеты	1	0

27	Дезодорант	9	5
28	Жвачка	22	16
29	Приправа	7	4
30	Кисель	6	3
31	Порошок	2	2
32	Ковёр	3	2
33	Контейнер	1	0
34	Фонарь	2	1
35	Овощерезка	1	0

Список использованных источников

1. Богданов И. М. Грамотность и образование в дореволюционной России и в СССР. – М., 1964.
2. Маклаков А. Г. Общая психология. — СПб.: Питер, 2001.
3. Русский орфографический словарь: около 180 000 слов [Электронная версия] / О.Е. Иванова, В. В. Лопатин (отв. ред.), И. В. Нечаева, Л. К. Чельцова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Российская академия наук. Институт русского языка имени В. В. Виноградова, 2004. — 960 с.
4. Сергеев Б. Тайны памяти. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. — 299 с.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ

Валик Алина Владимировна
Руководитель: Белова Елена Леонидовна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»

Данный дипломный проект направлен на организацию и проведение мероприятий, направленных на профилактику расстройств пищевого поведения, для повышения уровня знаний по данному вопросу. Для этого мною был разработан комплект информационного материала на тему: «Профилактика расстройств пищевого поведения у учащихся старших классов». Проект предназначен для использования в школьных учреждениях для работы с категорией лиц, не имеющих медицинского образования, имеющих предрасположенность к развитию расстройств пищевого поведения.

К реализации проекта привлечены учащиеся старших классов МАОУ Гимназии №4 в количестве 20 человек, медицинская сестра Королькова М.С. Проект рассчитан на срок 9 месяцев - сентябрь 2023 - май 2024 года. Цель – повысить уровень знаний у учащихся старших классов по профилактике расстройств пищевого поведения.

Задачи проекта:

1. Изучение теоретического материала по проблематике дипломного проекта.
2. Разработка анкет для проведения первичного анкетирования и обработка полученных результатов. Составление информационного материала: памятки для учащихся старших классов
3. Провести цикл профилактических бесед для учащихся 10 классов
4. Проведение повторного анкетирования.
5. Провести анализ полученных результатов и сделать выводы.

Целевая группа: 20 учащихся старших классов.

География проекта: Красноярский край, город Красноярск, МАОУ Гимназия №4, ул. Пионерской правды 5, тел. + 7 (391) 237-34-27.

Тип проекта: практико-ориентированный. Сроки реализации: с сентября 2023 по май 2024 года.

На подготовительном этапе была изучена нормативная и научная литература по тематике дипломного проекта. Анализ данных литературы и статистических показателей по заболеваемости расстройствами пищевого поведения среди населения РФ, и мероприятий, применяемых с профилактической целью. Разработана и составлена анкета для учащихся МАОУ Гимназии №4. Анкета была роздана учащимся на классном часу.

Подготовлена программа занятий по формированию знаний по профилактике расстройств пищевого поведения. Лекции проходили в офлайн-формате в МАОУ Гимназии №4, даты и время проведения: 05.02.2024г. - 08.00; 12.02.2024г. - 08.00; 19.02.2024 г.- 08.00.

Проведено повторное анкетирование среди учащихся после цикла обучающих лекций для определения уровня информированности по профилактике расстройств пищевого поведения. Повторное анкетирование учащихся так же прошло в офлайн-формате на классном часу в МАОУ Гимназии №4. Количество респондентов составило 20 человек. После заполнения анкеты об информированности учащихся о профилактике расстройств пищевого поведения, проведен анализ ответов на вопросы. Распределение анкетированных по возрасту, полу и уровню образования респондентов в анкетировании было применено. Учащиеся отвечали на вопросы анкеты без указания своей фамилии и адреса проживания, для достижения объективности получаемых результатов. Продолжительность анкетирования учащихся составило не более 3-5 минут.

Результаты следующие:



Рис.1. Состав учащихся по возрасту, проходивших анкетирование
Из диаграммы видно, что все учащиеся являются подросткового возраста.

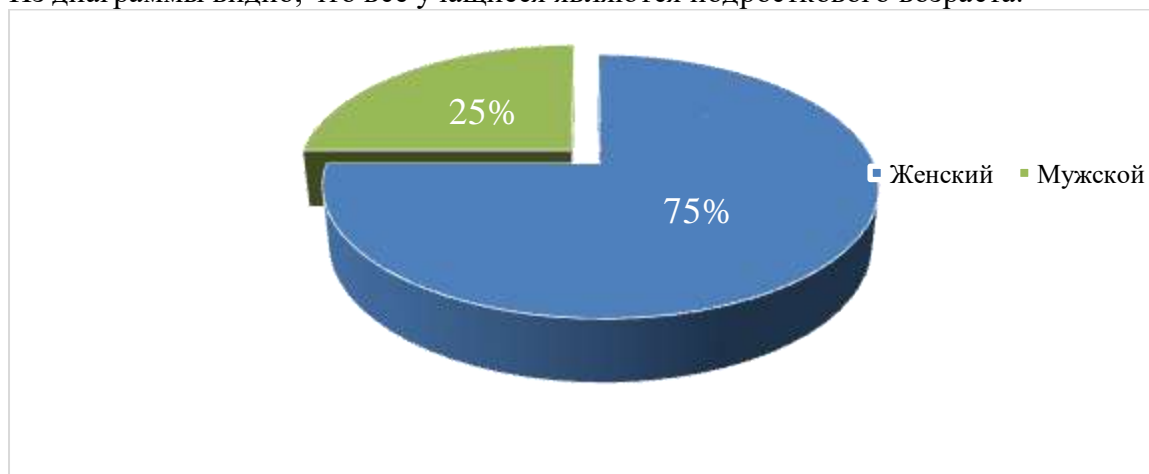


Рис.2. Состав учащихся по полу
Из диаграммы видно, что большую часть респондентов — это представители женского пола.



Рис.3. Индекс массы тела

Из диаграммы видно, что 15% опрошенных респондентов имеют избыточную массу тела, а 5% имеют выраженный дефицит массы тела.

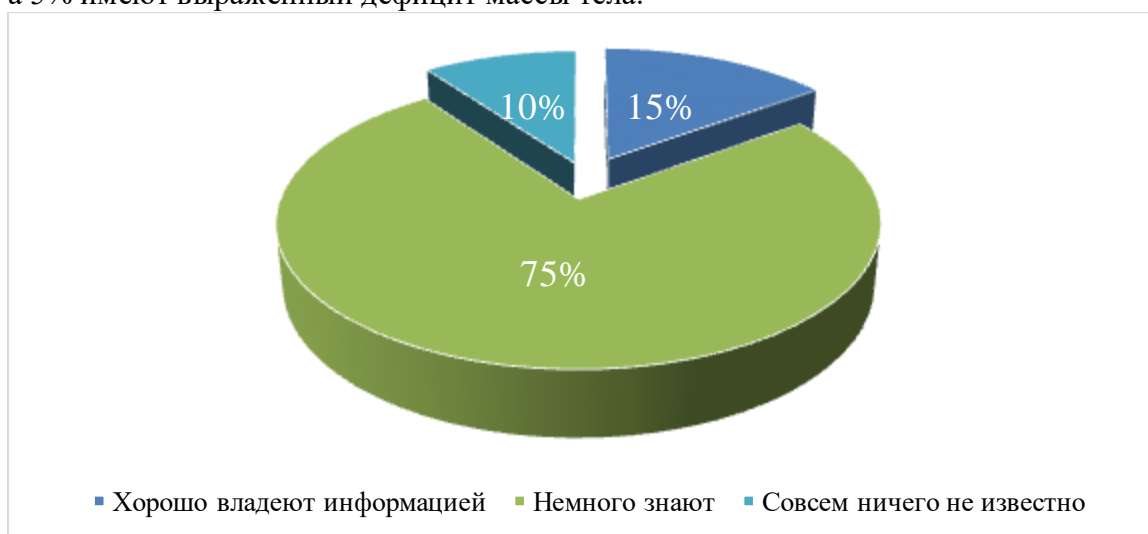


Рис.4. Самооценка знаний учащихся о расстройствах пищевого поведения

Из диаграммы видно, что 75% опрошенных респондентов немного знали о расстройствах пищевого поведения до беседы.

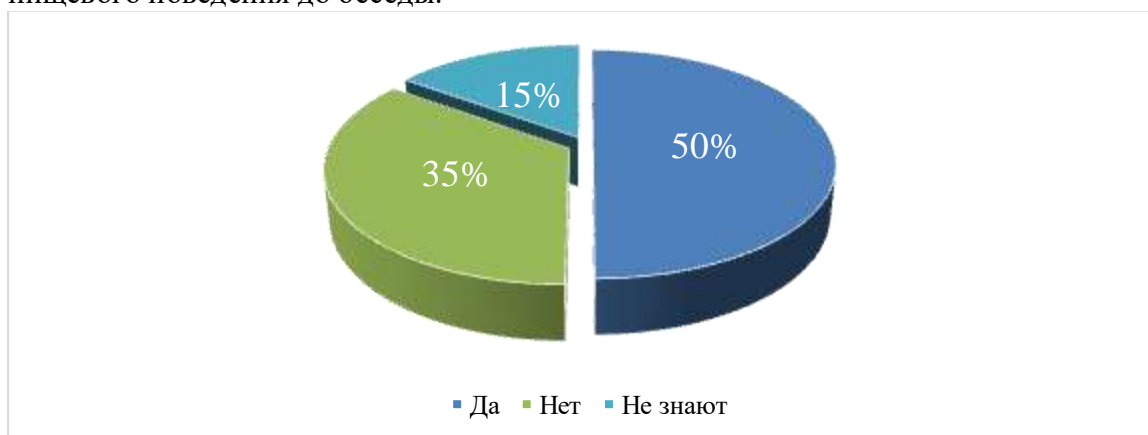


Рис. 5. Замечают у себя симптомы расстройства пищевого поведения

Из диаграммы видно, 50% опрошенных респондентов замечают у себя симптомы расстройства пищевого поведения.

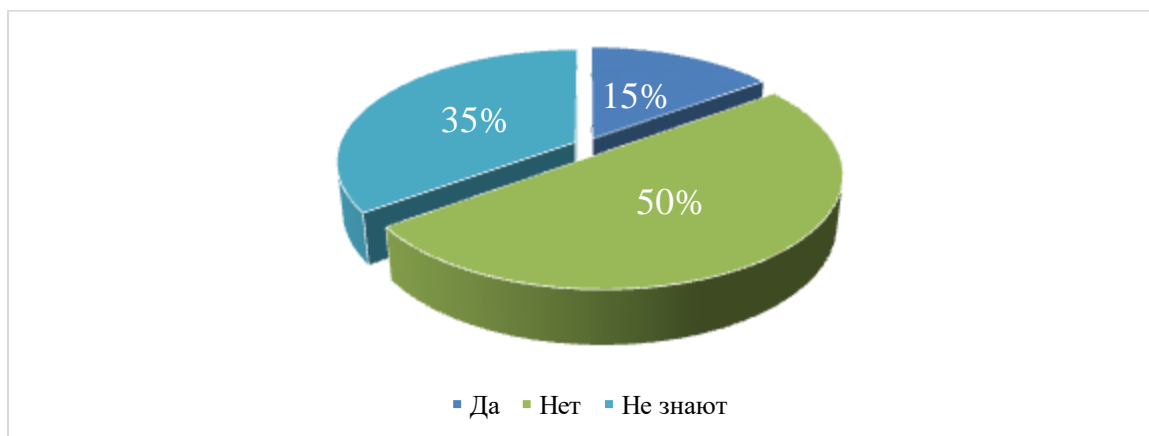


Рис.6. Есть члены семьи с расстройством пищевого поведения

Из диаграммы видно, что у 15% респондентов есть члены семьи с расстройством пищевого поведения.

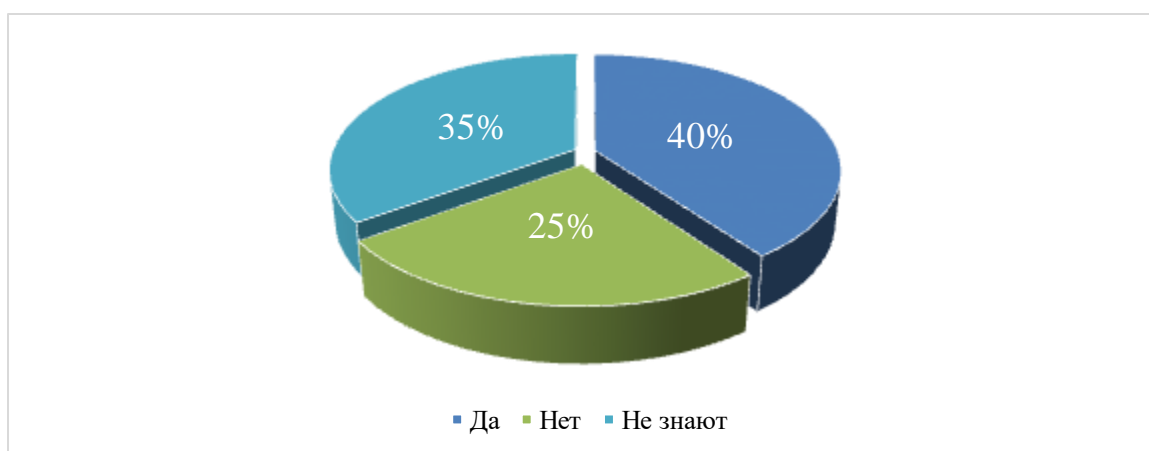


Рис.7. Есть знакомые с расстройствами пищевого поведения

Из диаграммы видно, что у 40% учащихся есть знакомые с расстройствами пищевого поведения.

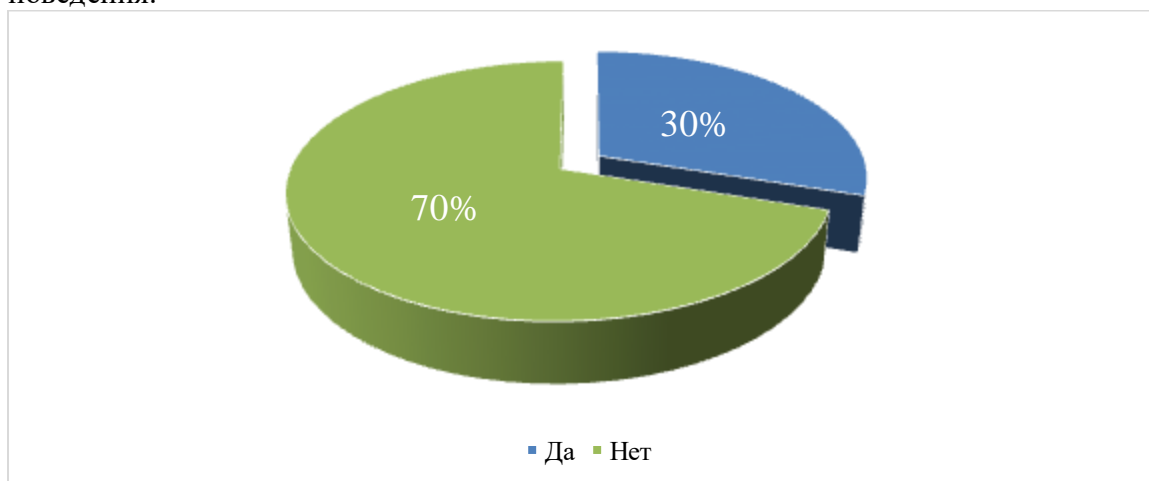


Рис.8. Получали замечания по поводу своего телосложения

Из диаграммы видно, что 30% учащихся, то есть каждый третий, получали замечания по поводу своего телосложения.



Рис.9. Принятие себя и своего тела

Из диаграммы видно, что 10% учащихся, то есть каждый десятый, не принимают себя и своё тело.

Общий вывод по результатам исследования:

Далее проводя анализ результатов анкетирования, был определен уровень знаний, касающихся профилактики расстройств пищевого поведения у учащихся. Исходя из анализа полученных результатов – были выявлены факторы риска расстройств пищевого поведения (это наличие симптомов расстройств пищевого поведения, наличие членов семьи и знакомых с расстройствами пищевого поведения, наличие замечаний по поводу своего телосложения, а также немаловажный фактор — неприятие себя и всего тела).

Учитывая представленные выше результаты анкетирования, возникает необходимость обучения учащихся профилактике расстройств пищевого поведения. 90% учащихся получили новую для себя информацию касающиеся профилактики расстройств пищевого поведения и оценили свой уровень мотивации к выполнению рекомендаций как высокий и средний. 90% учащихся готовы обратиться к специалисту, если обнаружат у себя симптомы расстройств пищевого поведения. 95% учащихся готовы помочь близкому, если обнаружат у него симптомы расстройств пищевого поведения. 70% учащихся будут способствовать устранению причин возникновения расстройств пищевого поведения. 90% учащихся знают об осложнениях расстройств пищевого поведения.

Ожидаемые результаты: 1. Расширение и углубление теоретических знаний по проведению комплексных мероприятий необходимых для предупреждения развития расстройств пищевого поведения. 2. После лекций - бесед, проведенных среди учащихся, отмечается повышение уровня знаний, мотивации и приверженности к соблюдению рекомендаций. 3. Разработанная памятка для учащихся содержит информацию о том, на что стоит обратить внимание при подозрении на развитие расстройств пищевого поведения, рекомендации по предотвращению расстройств пищевого поведения, а также QR-код на тест ЕАТ-26 для самодиагностики.

Перспективы развития дипломного проекта. Анализ литературных источников показал, что такие проблемы как анорексия, булимия, постоянное переедание могут коснуться любой семьи. Неудовлетворенность собственной внешностью типична практически для всех подростков, которые ищут способы, как скорректировать свою фигуру, доведя параметры до «идеальных».

Итак, одна из функциональных обязанностей работы сестринского персонала направлена на просвещение населения. Медицинская сестра, выступая в роли педагога в пределах своей компетенции, всегда сможет мотивировать людей к модификации факторов риска, влияя и снижая тем самым риски возникновения такого заболевания как расстройства пищевого поведения. Соответственно, в перспективе было бы очень важно продолжить

работу по просвещению учащихся других классов, что подтверждается актуальностью вопроса и собственным проведенным исследованием. Кроме полученных знаний учащимися в результате проведенной работы, по нашему мнению, было бы интересно продолжить работу и определить в каком объеме соблюдаются и выполняются рекомендации, знания, полученные на лекциях.

Список использованных источников

1. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. - 2015. - № 51.
2. Вознесенская Т. Г. Ожирение // Глава 9. Типология нарушений ПП и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция. М., 2010. - С. 236-56.
3. Вудман М. Сова была раньше дочкой пекаря. Ожирение, нервная анорексия и подавленная женственность. - М: Когито-Центр; 2011. - 312 с.
4. Сорокман Т.В. Расстройства пищевого поведения как предикторы развития ожирения у детей // Международный эндокринологический журнал. - 2015. - № 5 (69).
5. Суворова М. Как победить пищевую зависимость (Настольная книга толстушки). -- М.: Изд-во Эксмо, 2013. -- 224 с.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ БАЙКАЛА

Демешко Ирина Игоревна

*Руководитель: Филинкова Алена Николаевна
ОГБПОУ «Тулунский медицинский колледж»*

Лекарственные растения – народное достояние и богатство. Около половины всех лекарств готовят из растений. 70 % сердечных препаратов делается на основе лекарственных растений. Лекарственные растения растут всюду. Правда, не везде одинаково и в одинаковом количестве. Нужно хорошо знать какие растения встречаются в нашей местности и сколько их.

Проект актуален в силу широкой популярности применения лекарственных растений в профилактике заболеваний различной сложности и тяжести. Знания полученные в ходе изучения темы проекта будет способствовать широкому применению в будущей профессиональной деятельности.

Много современных людей болеют разными заболеваниями и идут в аптеку за дорогостоящими лекарствами, а могли бы лечиться лекарственными травами которые наиболее эффективны и полезны для организма. Многие современные люди не знают о лекарственных растениях и не используют их в своём лечении.

Практическая значимость проекта: Информация, полученная в результате работы над проектом будет расширять представление о лекарственных растениях Байкала и будет способствовать опыту применения лекарственных растений Байкала при профилактике различных видов заболеваний студентами. Обозначенная актуальность позволила определить методологический аппарат проекта.

Объект: лекарственные растения.

Предмет: лекарственные растения Байкала.

Цель: обобщить знания и информацию о лекарственных растениях Байкала.

Задачи:

- 1) Раскрыть понятие лекарственное растение.
- 2) Описать основные виды лекарственных растений Байкала.
- 3) Провести социологический опрос среди студентов первых курсов.
- 4) Систематизировать информацию и изготовить буклет.
- 5) Подготовить и провести дегустацию настоев лекарственных растений.

Лекарственные растения — дикорастущие и культивируемые растения, применяемые для профилактики и лечения заболеваний человека и животных. Возможность использования растений в лечебных целях зависит от вида медицины, в которой они используются. Лекарственные растения, также называемые лекарственными растениями, были открыты и использовались в практике традиционной медицины с доисторических времен.

Самые ранние исторические упоминания о травах относятся к шумерской цивилизации, где сотни лекарственных растений, включая опиум, перечислены на глиняных табличках около 3000 г. до н.э. В папирусе Эберса из Древнего Египта, ок. 1550 г. до н.э., описано более 850 растительных лекарственных средств. Греческий врач Диоскорид, служивший в римской армии, задокументировал более 1000 рецептов лекарств с использованием более 600 лекарственных растений в *De materia medica*, около 60 года н.э.; это легло в основу фармакопей примерно на 1500 лет. [3]

Растения в лечебных целях использовались людьми с незапамятных времен. Особенно были распространены лекарственные растения у древних народов: в Ассирии, Египте, Китае, Индии, Греции и Риме. В средние века они широко применялись в арабских странах, в Средней Азии, в Закавказье, особенно в Армении и Грузии. [8]

В 1817 г. в Петербурге был издан солидный труд И. Кашинского под названием "Русский лечебный травник, содержащий описание отечественных врачебных растений, качествами своими заменяющих иноземные и употребляемых для лечения внутренних и наружных болезней". Заслуживают также внимания книга профессора Петербургского университета Н. П. Щеглова "Хозяйственная ботаника, заключающая в себе описание и изображения полезных и вредных для человека растений" (1828), сочинение профессора Московского университета И. А. Двигубского в четырех частях "Изображения растений, преимущественно российских, употребляемых в лекарствах и таких, которые наружным видом с ними сходны, но лекарственной силы не имеют" (1828-1834). [9]

На Байкале встречается огромное количество лекарственных растений – больше тысячи. Это и чабрец, солянка холмовая, сагаан дайля, родиола розовая, солодка, бадан, сибирский кедр, брусника, ромашка, шиповник и множество других.

Бруснику называют ягодой бессмертия, настолько она благотворно воздействует на здоровье человека. Ягоды брусники оказывают общеукрепляющее действие на весь организм человека. В народной медицине используют как плоды, так и листья этого целебного растения. Они отличаются большим содержанием фитонцидов. Это возможность использовать их для борьбы с ростом золотистого стафилококка.

Ромашка – это одна из самых известных и популярных трав в мире, которая известна своими многими лечебными свойствами. Ромашка содержит противовоспалительные и антибиотические свойства, которые могут помочь в борьбе с бактериальными инфекциями. Это может быть особенно полезно при лечении острого бронхита, кожных инфекций, воспаления десен и других инфекционных заболеваний.

Шиповник — это лекарственное растение, которое широко применяется в народной медицине. Плоды, цветы, листья, ветки и даже корни шиповника используются как для приготовления народных средств, так и для готовых лекарственных препаратов. Лекарственные свойства шиповника заключаются в оказании защитного действия на ткани сердца. Он помогает при заболевании суставов, снижает холестерин.

Сагаан Дайля в переводе с бурятского «Белое Крыло». Сагаан-дайля произрастает на берегах Байкала, склонах Саян, Баргузинском хребте.

За пределами Бурятии — это название часто пишут, как «сагаан-дайля» или «сагаандаля». Полезные свойства чая из Сагаан Дайля определяются тем, что и листья, и цветы растения имеют множество биологически активных веществ, полезных для здоровья.

В ходе работы над проектом был проведен социологический опрос среди студентов первого курса специальностей 34.02.01 Сестринское дело и 31.02.01 Лечебное дело. Опрос помог выявить информированность студентов первого курса о применении лекарственных растений в жизни. Его результаты описаны ниже.

На первый вопрос «Какие лекарственные растения вам известны»

Почти все опрошиваемые знают о лекарственных растениях. 80% отметили самое известное растение ромашка. В 5% отметили подорожник, череду, бадан.

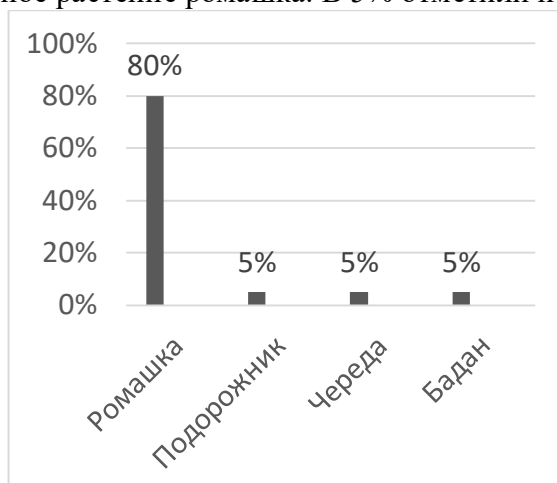


Рисунок 1 - Какое растение знакомо студентам больше всего

На второй вопрос какие известные лекарственные растения произрастают на Байкале. 47 студентов не смогли ответить на этот вопрос это составляет 65 % от числа опрошенных больше половины студентов не знают о лекарственных растениях, произрастающих на Байкале. Оставшиеся 35 % студентов информированы о растениях, произрастающих на Байкале. Чаще всего называют Бадан, ромашка, подорожник.

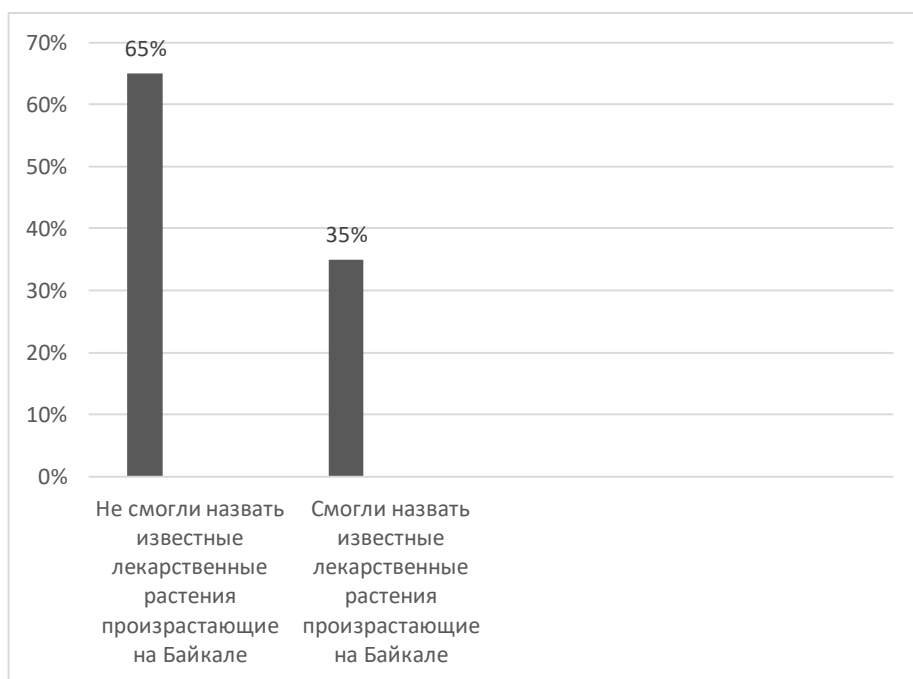


Рисунок 2 - Знают ли студенты лекарственные растения Байкала

На третий вопрос «Занимаетесь ли вы сбором лекарственных растений» 89,1% ответили, что не занимаются сбором лекарственных растений, а 28,9% не знают о сборе лекарственных растений.

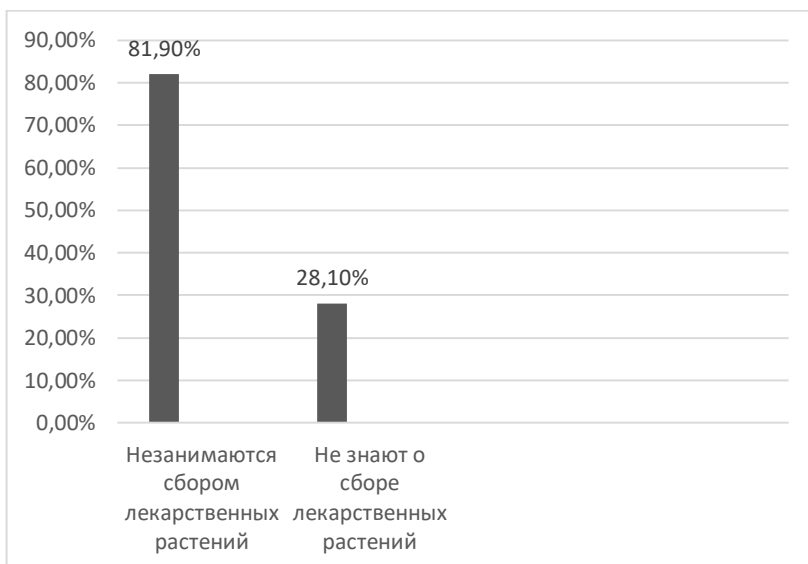


Рисунок 3 - Занимаются студенты сбором лекарственных растений

На четвёртый вопрос «Вы применяете лекарственные растения для своего лечения»

73,6 % опрошенных ответили на этот вопрос, что применяют лекарственные растения в своём лечении, а 29% из них считают ромашку наиболее эффективным лекарственным растением.

Результаты опроса указали на необходимость организации и проведения информирования и пропаганды применения лекарственных растений в профилактической практике. С этой целью была проведена дегустация настоев лекарственных трав и был составлен и разработан буклет о лекарственных растениях Байкала. Для этого было отведено место и время проведения дегустации лекарственных настоев. Были разработаны сообщение и презентация о лекарственных растениях, которые были представлены в начале дегустации лекарственных настоев. Были закуплены растения для дегустации настоев из лекарственных растений. Принесены чайники для заваривания растений. Было оборудовано место для проведения дегустации лекарственных настоев.

В дегустации принимали участие 20 студентов специальности 34.02.01 Сестринское дело.



Рисунок 4 - Представление сообщения о лекарственных растениях Байкала



Рисунок 5 - Проведение дегустации лекарственных растений

В ходе работы над проектом следует заключение, что среди студентов актуально проводить информирование о лекарственных растениях, произрастающих в России и в регионе, где они проживают, то есть на Байкале. Проект поможет им узнать о лекарственных растениях, произрастающих на Байкале, чтобы они знали и могли принимать их в своём лечении. Содержание информации из теоретической части проекта можно будет применить во время профилактических классных часов со студентами и в профилактических мероприятиях при работе с населением.

Список использованных источников

- 1) Администрация. Целебный чай на Байкале: Туристический портал. — URL: [Электронный ресурс] <https://chitatravel.ru/celebnyj-chaj-na-bajkale.html>. Дата обращения 03.11.2023.
- 2) Ильина Т.А. Лекарственные растения: Большая иллюстрированная энциклопедия. — М.: Эксмо, 2014. — 303 с
- 3) Крылов О. Золотые рецепты народной медицины. — М.: Эксмо, 2007. — 512 с
- 4) Лекарственные растения Сибири. / Минаев В.Г. — 5-е изд. перераб. и доп. — Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1991. — 431 с
- 5) Лившиц И. А. Природы мудрые советы. — Иркутск МП «Приуз», 1993. — 528 с
- 6) Новикова Н.П. Флора: Фонд защиты природы Байкал. — URL: [Электронный ресурс] <http://lake-baykal.ru/baikal11.php>. Дата обращения 18.10.2023.
- 7) Полная энциклопедия народной медицины / сост. А.В. Маркова. — М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. — 638 с
- 8) Телятьев. В.В. Полезные растения Центральной Сибири. — Иркутск: Восточно-Сибирское книжное изд, 1985. — 384 с
- 9) Чиков П.С. Лекарственные растения: Справочник. — 2-е изд, перераб. и доп. — М.: Агропромиздат, 1989. — 431 с
- 10) Яковлева А. Целебные травы Байкале: Фанат Байкала. — URL: [Электронный ресурс] <https://fanatbaikala.ru/celebnye-travy-bajkala>. Дата обращения 11.12.2023.

КАЧЕСТВЕННЫЕ СВОЙСТВА МЁДА – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Иванова Диана Евгеньевна

Руководитель: Сокольникова Галина Александровна

МК ЖТ ИрГУПС «Медицинский колледж Железнодорожного транспорта ИрГУПС»

Огромное количество людей используют мёд в различных целях и в разных сферах деятельности. Но редко кто задумается над тем, насколько уникален этот продукт. Мед - это продукт питания, представляющий собой частично переваренный в зобе медоносной пчелы нектар.

Данная статья актуальна, так как натуральный мёд является не только ценным продуктом питания, сильным природным антибиотиком, но и обладает ярко выраженными лечебно-диетическими и профилактическими свойствами.

В природе нет другого продукта похожего на мёд по составу и свойствам. Высокие цены на натуральный мёд, привлекают недобросовестных людей заниматься фальсификацией. В качестве различных добавок они используют загустители, сахар, синтетические вещества. Употребляя такой мёд, мы можем нанести вред здоровью.

Целью работы является ознакомление со свойствами и качеством натурального мёда, проведение исследования приобретенного вида мёда, на полученных знаниях научиться отличать натуральный мёд от фальсифицированного.

Для реализации цели были поставлены следующие задачи:

- 1) изучить литературу по теме исследования;
- 2) ознакомиться с различными видами мёда и их свойствами;
- 3) узнать о применении мёда в медицинских целях;
- 4) изучить методики проведения качественных реакций для обнаружения веществ в мёде, как в домашних условиях, так и в лабораторных.

Гипотеза: зная качество мёда можно усилить лечебный эффект от его применения.

При выполнении практической части данного исследования были определены органолептические показатели мёда и качества мёда с точки зрения физико-химических показателей.

В качестве образцов для опыта были взяты следующие образцы:

1. Акациевый мёд (куплен в г. Ейске Краснодарского края в августе 2023 года).
2. Липовый мёд (угостили знакомые в августе из своей пасеки).
3. Цветочный мёд (куплен в магазине, производство республика Башкортостан Уфимский район).
4. Цветочный мёд (куплен в магазине, производство Иркутский район г. Шелехов.)



Рис.1 - Образцы мёда

Для определения физико-химических свойств меда, был подготовлен раствор меда: 1 столовую ложку меда, растворили в 100 мл дистиллированной воды.

Из определения физико-химических показателей качества меда было определено содержание моносахаридов и сахарозы, диастазное число, проведена реакция Троммера на глюкозу, с помощью нингидриновой реакции определены аминокислоты, содержащиеся в разных образцах меда.

1. Проведя опыт определения **органолептических показателей меда**, был сделан **вывод, что по** внешнему виду, запаху и вкусу все образцы соответствуют своим показателям. Образцы можно увидеть на Рис.1

2. Проведя второй опыт на выявление наличия сахарного сиропа в мёде, сделан вывод, что из всех образцов под сомнение попал образец №4, который дает право предположить, что в меде присутствует сахарный сироп.

3. Проведя третий опыт на выявление наличия воды в мёде, вывод, что в данных образцах отсутствует вода.

4. Проведя четвёртый опыт на определение диастазного числа, вывод, что в пробе №3 было обнаружено синее окрашивание, что говорит о том, что диастазное число, меньше 5 единиц Готе, значит можно утверждать, что мед не натуральный.

5. Проведя пятый опыт на определение фруктозы реакцией Селиванова - это цветная реакция на фруктозу, сделан вывод, что фруктоза была обнаружена во всех четырех образцах.

6. Проведя шестой опыт реакции Троммера на глюкозу, сделан вывод, что глюкоза была обнаружена в образцах № 1,2,4. В образце №3 при нагревании наблюдалось коричнево-зеленое окрашивание, поэтому не возможно судить о содержании глюкозы в этом образце.

7. Проведя седьмой опыт на обнаружение тиамин в мёде, сделан вывод, что тиамин был обнаружен в образцах № 1, 2.

8. Проведя восьмой опыт на выявление примесей крахмальной патоки, сделан вывод, что в образце № 3 выпал раствор и окрасился в темно-синий цвет, это показывает присутствие крахмальной патоки.

9. Проведя девятый опыт на определение примесей крахмала или муки, вывод, что в пробирке № 3 появилось синее окрашивание. Результат показывает, что в образце присутствует крахмал или мука.

10. Проведя десятый опыт на определение примеси желатина или клея, сделан вывод, что ни один раствор при кипячении не окрасил лакмусовую бумажку в красный цвет, значит, что в исследуемых образцах отсутствуют примеси клея или желатина.

11. Проведя одиннадцатый опыт на определение среды раствора, вывод, что ни один из исследуемых образцов не поменял окраску, значит кислотность среды не повышена.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод, что проведя большую исследовательскую работу, был изучен теоретический материал, который помог изучить химический состав мёда и выявить самый лучший мёд из представленных образцов, из которого в дальнейшем было приготовлена кондитерская выпечка, рецепт которой использовали ещё во время СССР под названием «Медовик».



По результатам исследования представляю практические рекомендации для приобретения качественного мёда в магазине или на ярмарке:

1. Не покупайте сразу много меда, если не уверены в его качестве.
2. На рынке вы можете оценить мед по его вязкости. Для этого быстрыми круговыми движениями переверните ложку несколько раз. Зрелый вязкий мёд не стекает крупными редкими каплями, а навёртывается на неё. Однако надо помнить, что акациевый и клеверный мёды по своей вязкости относятся к очень жидким медам.
3. Вне зависимости от того где Вы покупаете мед, всегда следует спрашивать, где и когда он был собран. Помните, при длительном хранении качество меда может снижаться, за счет снижения активности фермента диастазы.
4. Покупая мед зимой, помните, что в это время года многие сорта меда не могут быть жидкими (за исключением акациевого, клеверного) .
5. При покупке меда в специализированном магазине ознакомьтесь внимательно с его этикеткой. Она вам и подскажет, какой это мед. Этикетка белого цвета укажет на качественный мед, синего - что мед низкого качества или падевый. На этикетке должен быть написан стандарт, сорт, ботанический вид меда, время и место его сбора, наименование и адрес поставщика.

Список использованных источников

1. Вознесенская, И. Мед – великое лекарство народа русского / Ирина Вознесенская. – М.: АСТ; СПб.: ПРАЙМ – ЕВРОЗНАК; Владимир: ВКТ, 2008.-63, 1с.- (Здоровье и жизнь).
2. Джарвис, Д.С. Мед и другие естественные продукты. «Апимондия», 1981 год, 73 стр., 76 стр.
3. Смирнова, Т.И. Мед – Эликсир здоровья и долголетия. Проверено веками / Т.И. Смирнова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2018. – 352с. – (Панацея).
4. Сушанский А.Г., Лифляндский В.Г. Энциклопедия здорового питания. Т.1. Питание для здоровья / СПб. : « Издательский Дом « Нева» ;М.: « ОЛМА-ПРЕСС »1999. - с.305 -319.
5. Кузьмина К.А. Лечение пчелиным медом и ядом. 6-е изд., - Изд. Саратовского университета, 1973, стр. 6-19
6. Романова, Г. Все о меде. «Невский проспект», Санкт – Петербург, 2019 год.
7. «Вкусная и здоровая пища», www.treeland.ru
8. «Мед и продукты пчеловодства», www.medok-ok.ru
9. Никулин, В.В. Секреты пчелиного меда, www.vmirertrav.ru
10. Погожев, Г., Погожева, Л. Лечение медом, www.labirint.ru

РОЛЬ РАЗГОВОРНИКА В ПРЕОДОЛЕНИИ ЯЗЫКОВОГО БАРЬЕРА ПРИ ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Клюшниковая Виктория Владимировна,
Карле Ксения Денисовна,
Константинова Татьяна Михайловна,
Абдурахманова Парвина Илхомжоновна,
Джамоллидинова Мехрона Фирузжоновна,
Зикрибоева Шавкия Шамшодовна,
Абдуллаева Нармин Рамизли,
Ибрагимова Ходжибиби Гуфронжоновна,
Руководители: Михеева Светлана Николаевна,
Альшанская Марина Анатольевна,
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Для современного мира характерна высокая степень культурной и социальной мобильности, укрепление межкультурного взаимодействия и увеличение миграционных процессов. Россия занимает одно из первых мест в мире по приему иностранных граждан и имеет собственное миграционное законодательство. Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации утверждены Постановлением Правительства РФ от 6 марта 2013 г. № 186., согласно которому, медицинская помощь иностранным гражданам может предоставляться как на платной основе так и бесплатно. Анализ данных Росстата указывает на востребованность услуги наблюдения беременности и родовспоможения.

Основные проблемы и барьеры, с которыми сталкиваются недавно мигрировавшие женщины при доступе к услугам охраны материнства и их использовании: ориентирование в системе здравоохранения, язык, психосоциальные и структурные факторы и ожидания от медицинской помощи. Студентами «акушерского отделения» Барнаульского базового медицинского колледжа совместно с КГБУЗ «АККЦОМД» было проведено исследование с целью определения роли разговорника в преодолении языкового барьера в общении с беременными-иностранками.

Для достижения поставленной цели были сформулированы и поставлены следующие задачи:

1. Анализ социально-гигиенических и медико-демографических характеристик беременных женщин из семей иностранных граждан
2. Анализ протекания беременности и родов у женщин из семей иностранных граждан
3. Анализ проблемы ухода при ведении беременности и родов у женщин-иностранок
4. Разработка рекомендаций по преодолению языкового барьера и разговорника

Гипотезой настоящей работы стало предположение о том, что наличие языкового барьера оказывает влияние на получение акушерско-гинекологической помощи.

Материалы и методы

В работе использовались методы: социологический; логического анализа; методика комплексной оценки медико-социального состояния семьи; ретроспективный анализ первичной медицинской документации КГБУЗ «АККЦОМД».

Результаты

На основе данных научных исследований и оперативных данных Росстата на рисунке ниже показана динамика зарегистрированных миграционных процессов в РФ.



Рисунок 1. Международная миграция в РФ.

Большинство мигранток - это женщины в репродуктивном возрасте. Данные Росстата наглядно показывают этническое замещение русских и других коренных народов России мигрантами. Установлено:

- Среднее число детей, рожденных мигрантами в РФ - 1,88;
- В ряде регионов дети мигрантов составляют 5-6% от всех рождённых (каждый 16 ребенок), в Москве – 30%;
- Больше всего рожают представители Средней Азии: Узбекистана, Таджикистана, Азербайджана, Киргизии;
- Рождаемость среди мигрантов на 32% выше, чем в среднем у коренных народов России.

Основные проблемы и барьеры, с которыми сталкиваются недавно мигрировавшие женщины при доступе к услугам охраны материнства и их использовании: ориентирование в системе здравоохранения, язык, психосоциальные и структурные факторы и ожидания от медицинской помощи. Согласно законодательству Российской Федерации, роды для иностранных граждан входят в разряд экстренной медицинской помощи.

Ретроспективный анализ медицинской документации «АКЦОМД» по оказанию медицинской помощи беременным – иностранным гражданам за период с 01.01.2022 по 01.03.2024 показал, что в перинатальный центр г Барнаула обратилось 97 человек. Из них 22 человека (23%) поступило в плановом порядке, а 75 (77%) по экстренным показаниям. При этом преимущественное большинство составили беременные, поступившие в акушерско-физиологическое отделение – 66 человек (68%). В акушерское наблюдательное отделение 6 (6%), в отделение патологии – 20 человек (22%) и в дневной стационар - 6 (6%). За исключением двух (2%) человек из Украины и трех (3%) из Армении все беременные женщины являются гражданами государств Средней Азии со значительным преобладанием Таджикистана - 57 человек (59%), на втором месте из Азербайджана – 13 (14%), по 8 человек (8%) из Киргизии и Узбекистана и 6 (6%) – Казахстана. Источником финансирования оказания акушерско- гинекологической помощи женщинам в 60% (58 человек) явилось ОМС, а в 40% (39 человек) - другое. Таким образом, можно констатировать, что проблема оказания медицинской помощи беременным мигранткам является актуальной для нашего региона.

В ходе работы с целью выяснения необходимости использования разговорника в условиях родильного дома была опрошена 31 женщина, проходившая стационарное лечение в отделениях: акушерское физиологическое, акушерское наблюдательное, акушерский дневной стационар, отделение патологии на базе «Алтайский краевой центр охраны материнства и детства». Срок анкетирования – февраль - апрель 2024 года. Из 22 респондента владеют русским языком, шесть имеют языковой барьер, а 3 женщины – не

владеют. По результатам опроса был составлен социальный портрет беременных женщин – иностранных граждан, основные характеристики которого представлены в таблице 1.

Таблица 1. Социальный портрет беременных женщин-иностранных граждан

Возраст	До 18 лет - 6 чел	19-30 лет - 16 чел	31-40 - 9 чел
Семейное положение	Замужем - 27 чел	Не замужем - 4 чел	
Наличие страхового полиса	Да - 29 чел	Нет - 2 чел	
Наличие работы	Да - 17 чел	Нет - 9 чел	Нет ответа - 5 чел
Образование	Высшее - 6 чел Неоконченное высшее - 1 чел	Среднее - 14 чел СП - 4 чел	Нет образования - 4 чел Нет ответа - 2 чел
Условия труда	Норм - 3 чел		Нет ответа - 28 чел
Наличие языкового барьера	Есть - 8	Нет - 20 чел	Нет ответа - 3 чел

Таким образом, преобладают женщины в возрасте от 19 до 30 лет, замужние, повторнородящие, преимущественно работающие, но большинство (28 человек) отказалось отвечать на вопрос об условиях труда, образование в основном среднее. Языковой барьер испытывают 8 человек, а в переводчике нуждаются - 5. Цель приезда в РФ у 24 человек – постоянное место жительства. Данная группа женщин состояла на учете в женской консультации и 17 человек из них были госпитализированы планово, 4 человека имеют ЭГП. Из проблем обслуживания в РД опрошенные выделили языковой барьер, неравный доступ и недостаточную осведомленность, но преимущественное большинство (17 человек) не дали ответа на данный вопрос.

С целью более глубокого анализа языкового барьера был проведен опрос 10 акушерок в возрасте от 20 до 50 лет со стажем работы от нескольких месяцев до 30 лет (преимущественно 5 лет), сталкивавшихся с беременными – иностранными гражданами. При этом трудности в общении указали 8 человек и выделили проблемы: непонимание, незнание языка, недоверие к медицине, языковой барьер. По мнению опрошенных акушерок, решением этих проблем может быть изучение языка, создание разговорника, но 4 человека не видят решение. Медицинские работники общаются с беременными женщинами-иностранцами с помощью телефона, с помощью 3 лиц и жестами. Полученные данные подтверждают актуальность проблемы общения с мигрантами, испытывающими языковой барьер.

Выводы

1. Проблема медицинского обслуживания беременных женщин – иностранных граждан (ИГ) является актуальной для Алтайского края.
2. Медицинская помощь, как бесплатная (% имеет полюс ОМС), так и платная доступна для иностранных граждан в полном объеме.
3. Большая часть беременных (ИГ) поступает экстренно (77%) случаев и преимущественно в АФО (68%), на втором месте – ОП (%).
4. Среди беременных (ИГ) преобладают выходцы из Средней Азии (57% из Таджикистана).
5. Основной проблемой при оказании и получении медицинских услуг беременными (ИГ) является языковой барьер.
6. Наиболее приемлемый способ решения проблемы общения в РД - создание разговорника.

Заключение

Наличие языковых барьеров мешает недавно мигрировавшим женщинам получать медицинскую помощь, в том числе акушерско-гинекологическую, в полном объеме и качественно. Анализ социально-гигиенических и медико-демографических характеристик позволил нам лучше понять специфику потребностей и особенностей беременных женщин из семей иностранных граждан.

Мы предложили конкретные рекомендации по преодолению языкового барьера, среди которых ключевое место занимает использование разговорника. Этот инструмент позволяет существенно облегчить общение между медицинскими работниками и пациентами-мигрантами, способствуя улучшению качества медицинского обслуживания. Учитывая, что для Алтайского края характерен миграционный процесс преимущественно за счет жителей Средней Азии, мы пришли к выводу о необходимости разработки разговорников для беременных женщин на азербайджанском, таджикском и узбекском языках. Данная работа выполнена, разговорники внедрены в практическую работу КГБУЗ «АККЦОМД». Медицинские работники с благодарностью отмечают их востребованность. Планируется предоставление разговорников и другим учреждениям родовспоможения Алтайского края.

Список использованных источников

1. Постановление Правительства РФ от 6 марта 2013 г. N 186 "Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации"
2. Рыбаковский, Л. Л. Миграция населения: учебное пособие для вузов / Л. Л. Рыбаковский. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 480 с.
3. Основы теории коммуникации: учебник и практикум для вузов / Т. Д. Венедиктова [и др.]; под редакцией Т. Д. Венедиктовой, Д. Б. Гудкова. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 193 с.
4. Брем Н.С. Особенности барьеров при изучении иностранного языка в языковой среде и вне её. - 2020.
5. Федеральная служба государственной статистики. [сайт]. – Текст: электронный // rosstat.gov.ru: [сайт]. - URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения 27.02.2024)
6. Здоровье беженцев и мигрантов. [сайт]. – Текст: электронный // [who.int/ru](https://www.who.int/ru): [сайт]. - URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения 26.02.2024)
7. Как сделать собственный иностранный разговорник. [сайт]. – Текст: электронный // 4brain.ru: [сайт]. - URL: <https://4brain.ru> (дата обращения 28.02.2024)

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ФАМИЛИИ МИЛЬКОВЫХ

Милькова Кира Андреевна
Руководитель: Чеповая Елена Витальевна
ЧОУ ПО «Саянский техникум СТЭМИ»

В различных общественных слоях фамилии появились в разное время. Первыми в русских землях приобрели фамилии граждане Великого Новгорода и его обширных владений на севере, простиравшихся от Балтийского моря до Уральского хребта. Новгородские летописцы упоминают множество фамилий-прозвищ уже в XIII веке. Так в 1240 году среди новгородцев, павших в Невской битве, летописец упоминает имена: «*Костянтинъ Луготиниць, Гурята Пинециниць, Намгъсть*».

В 1268 г. «*посадника Михаила, и Твердислава Чермного, Никифора Радятинича, Твердислава Моисиевича, Михаила Кривцевича, Ивача, Бориса Илдятинича, брата его Лазоря, Ратишу, Василя Воиборзовича, Осипа, Жирослава Дорогомилевича, Поромана Подвоиского, Полюда, и много добрыхъ боярь*».

В 1270 г. «*побъгоша къ князю на Городище тысячьскый Ратиборъ, Гаврило Кьяниновъ и инши приятели его*». В том же году князь Василий Ярославич «*поѣха в Татары, поима съ собою Петрила Рычага и Михаила Пинециничча*».

В 1311 г. «*убиень бысть Костянтинъ, Ильинъ сынъ Станимировича*».

В 1315 г. князь Михаил Тверской требует у новгородцев: «*выдаите ми Федора Жревьского*». В 1316 г. «*Данилько Писцевъ убьень бысть*». В 1327 г. «*новгородци от себе послаша Федора Колесницу, въ Орду*».

В 1329 г. «*убиша въ Юрьевъ новгородского посла мужа честна Ивана Сыпа*».

В 1332 г. «*Въсташа крамолници в Новъгородъ, и отъяша посадничьство у Федора у Ахмыла и даша Захарьи Михаиловичю, и пограбиша дворъ Смена Судокова*».

Несколько позже, в XIV—XV веках, родовые имена появились у князей и бояр. Князья прозывались по имени своего удела, и моментом возникновения фамилии надо считать момент, когда князь, лишившись удела, всё-таки сохранял за собой и потомками его название в качестве прозвища: Шуйский, Воротынский, Оболенский, Вяземский и пр. Меньшая часть княжеских фамилий происходит от прозвищ: Гагарины, Горбатые, Глазатые, Лыковы, Скрябины (боярин Тимофей Григорьевич Скряба Травин) и пр. Фамилии вроде Лобанов-Ростовский соединяют наименование княжения с прозвищем. Боярские и дворянские фамилии образовывались также от прозвищ либо от имен родоначальников.

Процесс становления боярских фамилий из наследственных прозвищ хорошо иллюстрируется историей боярского (впоследствии царского) рода Романовых. Его родоначальниками были жившие в XIV веке Андрей Кобыла (его брат Фёдор Иванович Шевляга — основатель древнего боярского рода Трусовых (от Матвея Труса, XV век) и др.) и Фёдор Андреевич Кошка Кобылин. Потомки Фёдора Кошки на протяжении нескольких поколений носили прозвище-фамилию Кошкины (впрочем, не все: его сын Александр Беззубец стал родоначальником Беззубцевых, а другой сын Фёдор Голтяй — родоначальником Голтяевых). Кошкиными звались его сын Иван и внук Захарий Иванович. Среди детей последнего, Яков Захарьевич Кошкин стал родоначальником дворянской фамилии Яковлевых, а Юрий Захарьевич стал зваться Захарьин-Кошкин, тогда как сын последнего звался уже Роман Захарьин-Юрьев. Фамилию Захарьин-Юрьев, или просто Захарьин, носил и сын Романа, Никита Романович (а равно его сестра Анастасия, первая жена Ивана Грозного); однако дети и внуки Никиты Романовича звались уже Романовыми, включая Фёдора Никитича (патриарха Филарета) и Михаила Фёдоровича (царя).

Изучив историю происхождения фамилий в разные исторические периоды, я заинтересовалась историей происхождения и своей фамилии. Для реализации задуманного мне необходимо было провести следующее исследование.

Цель моего исследования: выяснить происхождение фамилии Мильковых.

Задачи исследования:

- изучить понятие «фамилия», происхождение русских фамилий;
- найти информацию о происхождении фамилии Мильковых;
- сделать вывод по всему проекту.

Предмет исследования - русские фамилии.

Объект исследования - происхождение фамилии Мильковых

Понятие термина «фамилия».

I. Фами́лия (лат. *familia* «семейство») — наследственное родовое имя, указывающее на принадлежность человека к одному роду, ведущему начало от общего предка, или в более узком понимании — к одной семье.

Период возникновения фамилий на Руси.

Обязательные фамилии были введены законом лишь в 16 веке сначала для князей и бояр, затем для дворян и именитых купцов. Среди крестьянства фамилии стали широко употребляться лишь после отмены крепостного права. При этом очень часто крестьяне записывались под фамилией своих бывших владельцев.

Происхождение русских фамилий:

- от прозвищ:

сначала на Руси были только одни имена как, например, Ненаша, Ждан, Петух и другие. Фамилии - прозвища бытовали в новгородских владениях с 13-14 веков, но долгое время не были общепотребительными.

- от церковных имён и прозвищ: русские фамилии в основном образованы как отчества от церковных или не церковных имён или прозвищ, например Иван - Иванов сын - Иванов, Медведь - Медведев сын - Медведев.

- название местности или по месту жительства. Например: Белозерский от Белое озеро, Красноярский - Красноярск.

- по роду занятий или какому-либо признаку человека, в русском языке менее продуктивны (к примеру — Кузнецов от кузнец), хотя в других языках могут быть гораздо более распространены (например, английское Smith — кузнец).

- в русской традиции женщины при вступлении в брак обычно принимают фамилию мужа.

Однако, это необязательно. Иногда, в редких случаях муж может взять фамилию жены. Кроме того, женщина может сохранить свою девичью фамилию, либо принять двойную фамилию с написанием фамилии мужа и своей девичьей фамилии через дефис. Дети обычно принимают фамилию отца, однако по желанию родителей или если женщина не состоит в браке, могут принимать фамилию матери.

- животные и птицы: однако, не все так просто. Встречаются, например, такие фамилии, как Барсов и Львов. Как они образовались, ведь никаких Львов и Барсов на Руси не было. Фамилия Барсов могла быть образована в священнической среде, а фамилия Львов скорее всего произошло от христианского имени Лев. В различных населенных пунктах одни и те же животные назывались по-разному. Например, волка во многих регионах России называли бирюком, откуда и образовалась фамилия Бирюковы. Многие могут совсем не догадываться, что воробья величали чивилем. Поэтому фамилии Воробьевы, Чивилевы и Чивилихины являются родственными по смыслу.

А кто же является моими однофамильцами? Есть ли люди, носящие ту же фамилию, что и я?

Таблица 1 - Мои известные однофамильцы

№	Однофамильцы	Что известно об этих людях
1	Мильков Фёдор Николаевич	17 февраля 1918, дер. Доровая, Вологодская губерния— 15 октября 1996, Воронеж). Советский и российский физико-географ, ландшафтовед, педагог. Доктор географических наук (1949), профессор (1949). Заслуженный деятель науки РСФСР (1970). Почётный член Географического общества СССР (РГО). Основатель воронежской научной школы ландшафтоведов.
2	Мильков Владимир Владимирович	(род. 1951) — российский историк русской философии, духовной и материальной культуры Древней Руси.
3	Алина Игоревна Милькова	российская киноактриса, наиболее известная ролям в фильмах «#Детки» и «Чернобыль».
4	Николай Федорович Мильков	мастер-резчик и педагог, народный мастер Иркутской области.

В процессе изучения материала об истории возникновения фамилии моей семьи я выяснила следующее: основой фамилии Мильков послужило мирское имя Милько (Милька). Возможно, нецерковное имя Милько имеет общеславянский корень мил- и связано с прилагательным «милый», т.е. «любимый, дорогой, желанный; привлекательный, хорошенький; нежный, кроткий». Согласно другой версии, в основе этой фамилии лежит слово «мілька» - «маленькая рыба». Подобные имена, образованные от названий растений и животных, нередко встречались у славян в дохристианскую эпоху. Милько (Милька), со временем получил фамилию Мильков.

Таблица 2 - Краткие сведения о некоторых представителях рода Мильковых

ФИО	Степень родства	Дата, место рождения	Род занятий, иное.
Милькова Олеся Леонидовна	мама	25.12.1980	Занимает место директора организации
Мильков Леонид Сидорович	дед	08.08.1947	Бывший работник завода

Таким образом, в ходе исследования в связи с утраченными знаниями о моей родословной, лишь приблизительно удалось выяснить происхождение фамилии Мильковых.

Чтобы достигнуть поставленной цели, мною были выполнены следующие задачи:

- изучено понятие «фамилия», а также происхождение русских фамилий;
- найдена информация о происхождении фамилии Мильковых;
- сделаны выводы по всему проекту.

Моё исследование показало проблему незаинтересованности молодого поколения в сохранении родовой памяти. Хотелось бы, чтобы старшее поколение культивировало в семье любовь к своим предкам, прививало детям интерес к своей родословной.

Список использованных источников

1. Глушко Е. А., Медведев Ю. М. Энциклопедия русских фамилий. – М.: ЭКСПО – Пресс, 2000 г.
2. Унбегаун Б. О. Русские фамилии Пер. с англ.; общ. ред. Б. А. Успенского. М.: Издательская группа «Прогресс», 1995.
3. Чичагов В. К. Из истории русских имен, отчеств и фамилий, М., 1959 г.

ПРОБЛЕМА НЕДОСТАТОЧНОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ

Рерих Юлия Ярославовна

*Руководитель: Лушникова Дарья Владимировна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»*

Актуальность

Проблема информированности девочек-подростков о репродуктивном здоровье является значимой. Подготовка к детородной функции начинается задолго до наступления зрелого возраста и во многом определяется состоянием здоровья будущей матери и в период полового созревания. Ведущую роль в сохранении репродуктивного здоровья юного населения играет информированность девочек-подростков о том, как грамотно и правильно ухаживать за своим телом и понимать ценность здоровья.

Цель:

Повышение информированности девочек-подростков о репродуктивном здоровье

Задачи:

1. Изучить теоретический материал по данной теме.
2. Составить анкету, провести исследование информированности девочек-подростков о репродуктивном здоровье, составить статистику
3. Разработать презентацию и практические занятия, провести цикл информационных занятий и бесед с целевой группой.

4. Составить буклеты по вопросам репродуктивного здоровья девочек.
5. Проанализировать результативность проведенной просветительской работы.

Целевая группа: Девочки-подростки 12-13 лет (30 человек)

Исполнители: студентка 3 курса КГБПОУ КрасМТ Рерих Ю.Я. под руководством Лушниковой Д.В.

География дипломного проекта: КГБПОУ КрасМТ, г. Красноярск, ул. Инструментальная 12; МБОУ СШ №137

Тип проекта: практико – ориентированный

Взаимодействие с другими организациями: МБОУ СШ № 137

Сроки реализации: октябрь 2023 – июнь 2024 года

Этапы проведения проекта

Подготовительный

Для реализации дипломного проекта

1. Была изучена и проанализирована методическая и медицинская литература.
2. Был составлен календарный план реализации проекта совместно с руководителем дипломного проекта.
3. Была подтверждена актуальность темы, выбранной для проекта, её практическая значимость для целей профилактики.
4. Был определен способ реализации проекта.
5. Было выбрано учреждение и определены возрастные категории респондентов.
6. Была разработана анкета.
7. Были проведены практические занятия с целевой группой
8. Были вручены буклеты-памятки
9. Был проведен анализ полученных результатов

Вывод теоретической части

Информированность девочек-подростков поможет уменьшить риски заболеваемости, увеличит их знания о строении собственного тела.

Необходимо дать грамотную информацию, уравновешивающую различные аспекты полового воспитания. При этом форма и язык её представления должен быть на том уровне, который воспринимает ребёнок. Суть полового воспитания сводится к тому, чтобы подготовить к взрослой жизни здоровых людей, способных адекватно осознавать свои физические и психологические особенности, реализовывать свои потребности в соответствии с существующими в обществе нравственными и этическими нормами.

В конечном счете, это означает воспитание эмоционально зрелой личности, которая знает, как вести себя в обществе, осознаёт себя и свои особенности

Анкетирование

Для того чтобы выяснить на сколько актуальна моя просветительская работа я провела анкетирование. Анкетирование было проведено в целевой группе (девочки-подростки 12-13 лет) в количестве 30 человек ВАЖНО Анкетирование и доклад были проведены с письменного согласия родителей. Родители были заранее ознакомлены с информацией, предоставленной мной.

Анкетирование и доклад были проведены с письменного согласия родителей. Родители были заранее ознакомлены с информацией, предоставленной мной

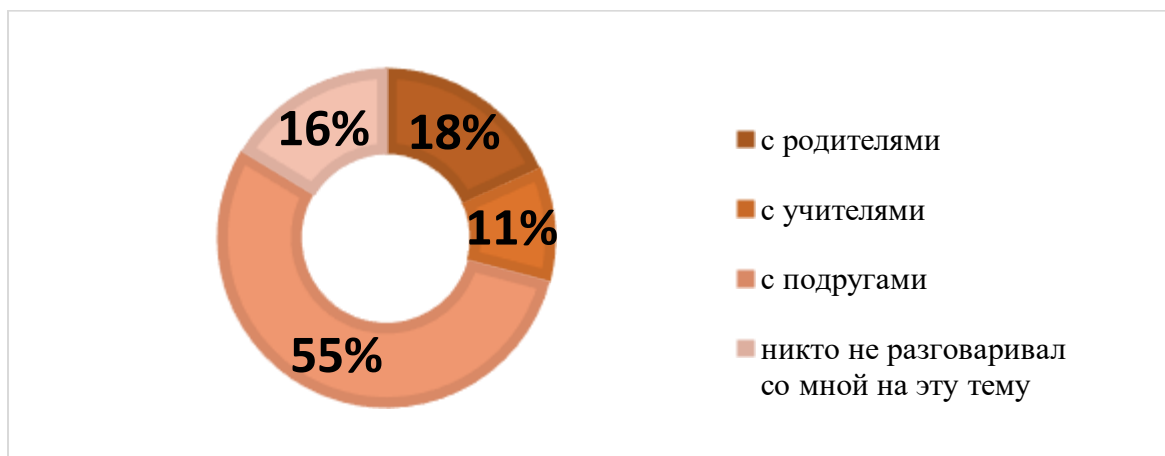


Рис.1. Источники информирования.



Рис.2. Понимание темы репродуктивного здоровья.

Основной

Для реализации дипломного проекта:

По результатам анкетирования выяснилось, что девочки-подростки практически не обладают информацией о своем здоровье, имеют множество вопросов, требующих ответа.

В связи с этим я подготовила просветительскую работу для школьниц в возрасте 12-13 лет. В своем докладе я затронула все актуальные (по результатам анкетирования) темы, а также ответила на интересующие вопросы. По окончании своего доклада девочки получили памятки-брошюры о репродуктивном здоровье, где кратко представлена информация из презентации.

Для реализации дипломного проекта:

1. Была разработана и прочитана лекции.
2. Была разработана и показана презентации.
3. Были составлены буклеты.

Репродуктивное здоровье – это физическое, умственное, социальное благополучие. Иными словами – это отсутствие заболеваний, которые влияют на деторождение, а также гармоничное душевное состояние, возможность самостоятельно решать, когда и сколько рожать детей.

В своей лекции я затронула такие важные темы, как: «Почему девочки выше мальчиков?», рост молочных желез и волос на теле, выделения и менструация, акне и правильный уход за кожей лица и тела, а также важные советы для родителей и педагогов

СОВЕТЫ РОДИТЕЛЯМ• Расскажите ребёнку об изменениях, которые с ним произойдут. Желательно, чтобы беседу проводила мама или другое близкое девочке лицо

женского пола. Давайте не только теорию, но и поделитесь собственным опытом: расскажите, с какими проблемами столкнулись и как с ними справились. Обязательно покажите, как ухаживать за собой, проводить самодиагностику груди, научите осуществлять гигиенические процедуры. В 13–14 лет стоит поговорить о праве на отказ от секса и возрасте согласия, контрацепции, репродуктивном здоровье и т. д. Важно дать дочери представление о мужском половом созревании, познакомить с правилами безопасного поведения, научить отличать здоровые и токсичные отношения.

- Соблюдайте личные границы. Как бы ни хотелось, не устраивайте ребёнку допросы с пристрастием, не трогайте его вещи без спроса, не заходите в комнату подростка, не постучав.

- Повышайте уверенность ребёнка в себе. Не стоит критиковать внешность девочки, особенно подчёркивать «плоскость», худобу или лишний вес, акне и т. д. Даже если вы говорите об этом в шуточку или «из лучших побуждений». Проблемы с самооценкой в юности нередко трансформируются в большие комплексы и негативно отражаются на успешности девочки в будущем.

- Будьте другом и доверенным лицом. А этого не достичь без интереса к жизни девочки (увлечениям, делам, окружению и т. д.), взаимного уважения, любви и принятия.

- Поддерживайте во всём. Что бы ни произошло, ребёнок должен знать, что он всегда может на вас положиться, а ваше отношение к нему не изменится. Без указок и насаждения своей воли помогайте решать сложные проблемы. Воспитывайте самостоятельность.

- Помогите узнать больше. Купите ребёнку познавательную книгу, написанную специалистом по половому воспитанию, о половом созревании и связанными с ним изменениями. Сейчас можно найти много хорошей литературы на эту тему. Предложите её почитать. Не заставляйте и не навязывайте, просто положите книгу на видное место. Ребенок сам заинтересуется и откроет её.

Неуверенные в себе дети, которым не хватает внимания и любви родителей, часто становятся жертвами сексуального насилия, раньше времени вступают в половые отношения и попадают в криминальные истории.

СОВЕТЫ ПЕДАГОГАМ•

Подключайте к работе родителей. Только совместными усилиями можно добиться качественного результата.

- Проводите просветительские мероприятия о половом созревании (с привлечением акушера-гинеколога, педиатра, психолога) не только для девочек, но и для их родителей. На обсуждение должны быть вынесены: вопросы репродуктивного здоровья; физиология; ответственное поведение и уважительное отношение к противоположному полу; здоровые и нездоровые отношения; сексуальное насилие и правила безопасного поведения; моральные и семейные ценности; аспекты создания семьи и др.

- Воздержитесь от критики и шуток по поводу проявлений полового созревания. Существующие проблемы (расчёсывание акне, излишний вес и т. д.) следует обсуждать наедине с учащимся посредством беседы о том, как их можно решить, или сделав на этом акцент на родительском собрании (только не озвучивайте, чей именно ребёнок так себя ведёт), классном часу. Для большего результата можно пригласить соответствующего специалиста: диетолога, педиатра, дерматолога и т. д.

- Повышайте компетенции в области полового воспитания. Посещайте тематические курсы, семинары, тренинги, изучайте специализированную литературу, пробуйте новые формы и методики подачи информации.

Заключительный

Подводя итоги исследования и обобщая полученные в результате анкетирования данные, пришла к выводу, что у респондентов недостаточная информированность по вопросам полового воспитания.

Повторное анкетирование показало, что после проведенной лекции слушатели овладели полученной информацией и укрепили знания по вопросу исследования, выразив полную удовлетворенность от проведенного занятия.

Школа МБОУ СШ №137 вручила мне благодарственное письмо за проведенную лекцию. Его вы можете увидеть на слайде.

Перспективы развития проекта

- Увеличение аудитории
- Проведение дополнительных лекций
- Создание web-страницы для самостоятельного получения лекционного материала

Риски реализации

- Нежелание получать новую информацию и использовать её в своей повседневной жизни.
- Сложность в восприятии респондентами информации медицинского характера.
- Дефицит времени респондентов.

Пути решения рисков

- Получение предварительного согласия на проведение анкетирования.
- Повышение мотивации на повышение уровня знаний.
- Разъяснения важности полученной информации и необходимости использования её в своей жизни.
- Проведение анкетирования, предоставление брошюр и буклетов, лекции и презентации в доступной для респондентов форме.

Список использованных источников

1. <https://cyberleninka.ru/article/n/informirovannost-podrostkov-o-reproduktivnom-zdorovie/viewer>
2. <https://agdp1.ru/personal/rekomendatsii/reproduktivnoe-zdorove-devochek-i-devochek-podrostkov/>
3. https://ru.wikipedia.org/wiki/Половое_созревание#Начало_полового_созревания
4. <https://rcmp17.ru/wp-content/uploads/2022/06/shkola-reproduktivnog-zdorovya-metodichka.pdf>
5. <https://rasskrcb.ru/zozh/reproduktivnoe-zdorove-podrostkov/>

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КУЛЬТУРЫ КУРЕНИЯ

Байдельшпахер Ляна Эдуардовна,

*Руководитель: к. ф. н., Югова Светлана Анатольевна
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Актуальность работы заключается в том, что в настоящее время много курящих людей и повсюду открыты торговые точки по реализации табачных и электронных сигарет. Несовершеннолетние, а также взрослые люди, демонстрируют культуру курения вейпов в общественных местах: на улице, в заведениях общепита, в Торгово-развлекательных центрах, в стенах школ, колледжей, университетов, на работе. Падает нравственность и общая культура населения.

Проблема заключается в том, что курение никотина влияет на здоровье человека и разрушает его. В процессе истории люди не всегда это понимали. Необходимо обосновать понятие курения как негативной привычки.

Цель: изучить историю курения и проанализировать ее влияние на организм человека.

Объектом исследования является курение, а **предметом** история курения, меняющаяся под влиянием времени.

При анализе источников и литературы были использованы следующие **методы и подходы:**

– конфликтологический подход, концентрирующий свое внимание на столкновение противоречий в мышлении людей, исследующих курение.

– проблемно–хронологический подход, позволяющий оценить явление во времени и пространстве, требующий понимания усиления негативного влияния курения на здоровье человек;

– функциональный подход, требующий изучения зависимости между болезнями и курением.

В исследовании использовались такие методы, как выявление, отбор, сравнение, анализ.

Основными причинами курения являются психическая и физическая зависимость от акта курения, а также желание быть некоторых молодых людей «как все». Последнее связано с неправильным пониманием моральных норм общества.

Узнав причины курения, рассмотрим влияние на организм человека. Имеет ли курение вейпов негативный эффект или не все так плохо как об этом говорят?

К негативным последствиям курения относятся повышению артериального давления, дисфункция эндотелия, риск развития инфаркта миокарда и инсульта, чихания, кашля, высыпаний, различные виды рака, инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболия легких, атеросклероз, слепота, глухота, облитерирующий эндартериит, импотенция и фригидность, бесплодие, эмфизема легких, пневмония, хронический бронхит, разрушение зубной эмали, болезни ЖКТ, анафилактический шок, смерть [4. С. 79].

Вдыхание сигаретного дыма отрицательно сказывается на окружающих. Пар содержит веществаобладающие аллергическим действием.

Если вейпер будет парить при помощи устройства, в котором содержится никотин, то в замкнутом помещении его концентрация сравнивается с теми же показателями, если бы он курил сигареты.

У тех, кто вдыхает пары вейпов, может развиваться фиброзирование: здоровая ткань легких – альвеолярная ткань – замещается соединительной. Соответственно уменьшается количество объема ткани, через которую происходит газообмен. Это приводит к хронической дыхательной недостаточности, которая представляет из себя симптомокомплекс, при котором в организм поступает мало кислорода вследствие нарушения внешнего газообмена. При этом все клетки и ткани испытывают гипоксию. Последняя опасна развитием ряда патологических процессов во всех органах [6. С. 214].

Изучив негативное влияние культуры курения на организм человека и на окружающих, я провела анкетирование среди студентов 2 курса по специальности «Сестринское дело» среди групп: 214, 215, 216.

Курение было известно человечеству с IV тысячелетия до н.э. Первопроходцами, испытавших вредную привычку, считаются древние индийцы и египтяне, на чьих храмах нашли первые изображения дымящих трубкой мужчин.

Много курили кочевники. Согласно работам древнегреческого историка Геродота, это был собой целый ритуал. Мужчины ставили юрту, растапливали её словно баню и бросали на раскаленные камни дурмящие растения. Считалось, такая баня очищала разум и приближала к богам.

Курение трубок было широко распространено среди шаманов, которые, вступив в старческий возраст, искали себе преемников. Шаманизм основан на представлениях о тесной связи шамана с духами, которые, если их хорошо попросить, дадут шаману жизненно важную для всего племени информацию.

Отличие шаманов от знахарей и колдунов заключалось в том, что информацию «от духов» они получали как правило в состоянии полного транса, зачастую вызванного воздействием на их организм психотропных и наркотических средств. Считалось, что это поможет исцелить больное тело и плачущую душу [7. С. 121].

Что же употребляли древние народы? Коноплю, мяту, тирлич, любисток, душицу, ковыль и даже полынь. Курили в историческое время либо для медицинских целей, либо для языческих мистерий.

Одни растения отгоняли нечистые силы и способствовали выздоровлению, другие – успокаивали нервную систему и помогали подготовиться к бою, третьи – применялись в качестве болеутоляющего средства.

Своему распространению табак обязан французскому послу в Португалии Жану Нико. В 1560 году он купил несколько плантаций и познакомил французов с нюхательным табаком. В честь Жана Нико. потом и назвали найденный алкалоид в растении – никотин [8. С. 21].

Вновь полученное средство использовалось как универсальное лекарство. Жан уверял, что растение может излечить 36 распространенных заболеваний: расстройство кишечника, ломоту в суставах, головные боли и т.д.

В результате богатые европейцы стали массово «лечиться» табаком, дав ему распространение по всей Европе. Не оценили новшество только христианские и мусульманские священнослужители, которые сравнивали курильщиков с колдунами. В Османской империи и в Великобритании за курение даже ввели смертную казнь.

Следует отметить, что долго сопротивляться табаку религия не смогла. Дело было в деньгах. Табак вызывал сильное привыкание и гарантировал постоянно растущую прибыль. Богатые слои общества игнорировали антитабачные законы.

В 1620 году испанцы построили первую табачную фабрику, начав производство сигарет. Бедняки занимались тем, что собирали окурки, измельчали их и крутили новые сигареты для перепродажи. В это же время Папа Римский Урбан III бессильно грозил любителям табака отлучением от Церкви [5. С. 61].

В Россию привычка курить пришла вместе с английскими делегациями из других стран, практиковавших табакокурение. Первые же упоминания этого можно найти в рукописях, датированных началом XVI века. Например, в противопожарных законах 1504 года были найдены пункты о запрете курения вовсе. Однако большинство исследователей говорят о том, что сама культура курения зародилась лишь ближе к правлению Ивана Грозного.

Петр I приобщился к культуре табакокурения во времена Великого посольства и заключил семилетний договор на поставку табачной продукции. На своей родине император распространил привычку, и уже к 1705 году им была утверждена «казенная табачная продажа по примеру питейной». Через 10 лет были открыты первые русские табачные фабрики на территории Санкт-Петербурга.

Екатерина II и ее супруг Петр III часто курили и нюхали табак, и именно эти действия со стороны императорской семьи распространили моду на курение. Благодаря им курение стало атрибутом этикета как у мужчин, так и у женщин, а само табакокурение символизировало принадлежность к высшим сословиям. Популярность курения росла.

Создателем электронных сигарет является китайский фармацевт Хон Линк, изобретатель современных вейпов, который предложил использовать ультразвук для испарения жидкости, содержащей никотин.

Кроме курения табака в России постепенно люди стали курить вейп. Исследователи отмечают, что первые вейпы появились в нашей стране в 2008 году. Самое страшное, что главными жертвами этой моды стали подростки. Старшее поколение берёт пример с подростков – возраст электронных курильщиков постоянно растёт [3. С. 11].

Очень долгое время их реализация была бесконтрольной. До недавнего времени на электронки не распространялось такого большого числа запретов, как на сигареты. Лишь с 2021 года вейпы окончательно приравняли к обычным сигаретам на законодательном уровне. Так, к примеру, любую никотинсодержащую продукцию запретили рекламировать и продавать через интернет. И только тогда же запретили продажу вейпов несовершеннолетним.

С 15 декабря 2022 года начала действовать обязательная маркировка никотинсодержащих жидкостей для электронных сигарет. Это, по мнению экспертов, должно поставить рынок вейпов на легальные рельсы, защитить его от фальсификата.

Ещё одним шагом в борьбе с модой на парение стало повышение акцизов. В результате, по оценкам экспертов, стоимость табачной продукции увеличилась в три раза. Это отпугнуло некоторых курильщиков [9. С. 101].

Среди студентов Барнаульского базового медицинского колледжа было проведено анкетирование по теме «История курения возникновения культуры курения». После этого проводилось исследование проблемы путем анализа полученных результатов.

Исследование проводилось на базе КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» методом анонимного анкетирования.

Группа респондентов – студенты ББМК очной формы обучения. Специально был осуществлен поиск одинакового количества респондентов по полу, так как первоначально преобладало количество опрошенных девушек. Респонденты являются обучающимися второго курса отделений «Сестринское дело» и «Медико-профилактическое дело». Количество - 34 человека, из них 17 юношей и 17 девушек. Средний возраст от 18 до 22 лет.

Анкетирование было добровольным и в нем приняли участие только курильщики. Некурящие студенты не проявили желания участвовать в опросе.

Параметры анкетирования на тему «Ваше отношение к курению»

- ◆ постепенный отказ от табака
- ◆ психическая зависимость от акта курения
- ◆ желание быть «как все»
- ◆ не курю

По итогам исследования, мы видим, что большая часть (а это 65%) студентов, причиной курения обозначили психическую зависимость от акта курения.

Причина, занявшая второе место и набравшая 25% голосов – это желание быть «как все».

Студентов, пытающихся постепенно отказаться от табака, оказалось 7 %.

И наконец, студенты, ведущие здоровый образ жизни, ответили в параметре анкетирования графу «не курю». Это очень маленькое количество 3%.

Подводя итоги анкетирования, мы видим, что основной причиной курения электронных сигарет является психическая зависимость от акта курения. Количество студентов не курящих значительно меньше и составляет всего 3%.

Таким образом, делаем вывод, что количество курящих людей намного превышает количество некурящих. А значит масштабно оказывает свое негативное влияние на окружающих. Возникает вопрос «Как бороться с курением?» «Как снизить процент курящих людей».



Следует отметить, что группа опрошенных состояла из одинакового количества юношей и девушек (17 юношей и 17 девушек), которые по-разному понимают проблему курения.

Постепенно пытаются отказаться от табака юноши. Следует отметить, что таких людей мало. Это 2% юношей и полное отсутствие девушек.

Психическая зависимость от акта курения существует у большей части опрошенных (12% юношей и 10% девушек). Можно предположить, что девушки более слабые и они с большим трудом проходят психологические сложности. Примерно равное количество респондентов из двух групп обозначили, что они курят потому, что хотят быть «как все». Не курит среди опрошенных всего 1 человек (6%).

Следует еще раз отметить, что анкетирование было добровольным и в нем приняли участие только курильщики. Некурящие студенты не проявили желания участвовать в опросе. Наши выводы не говорят о том, что все студенты ББМК являются курящими.

Существуют такие методы борьбы с курением, как врачебная помощь, пластыри и никотиновая жвачка, гипноз или кодирование, акупунктура, напряженная работа, спорт, экспедиция, книги про «Легкий способ бросить курить», одиночный полет.

Планируется в дальнейшем продолжить исследование по проблеме исторического взгляда на проблему алкоголизма среди студентов ББМК, провести беседы в группах или предложить материалы научно-исследовательской работы для обсуждения на классных часах с целью переубедить тех студентов, которые курят в том, что это делать не нужно.

Список использованных источников

1. Дерво, Жан-Лу. Как покончить с курением навсегда / Жан-Лу Дерво. - М.: АСТ, Астрель, 2019. - 144 с.
2. Ермаков, С. А. Влияние интенсивности потребления табака на заработные платы в России / С.А. Ермаков. - М.: Синергия, 2020. - 588 с.
3. Каспаревич, Андрей Верный способ избавиться от пьянства, курения, наркотиков / Андрей Каспаревич. - М.: Питер, 2019. - 320 с.
4. Киянова, И. В. Божья аптека. Против вредных привычек. Алкоголизм, наркомания, курение, игромания, компьютерная зависимость / И.В. Киянова. - М.: Издательство Православного братства святого апостола Иоанна Богослова, 2019. - 987 с.
5. Кремьянский, Я.С. Карманные обеззараживающие приборы для дыхания и курения табака / Я.С. Кремьянский. - М.: Нобель Пресс, 2019. - 645 с.
6. Логинов, А.А. Дым отечества или Дело табак. Роман, новеллы, притчи, путевые заметки / А.А. Логинов. - М.: Олма Медиа Групп, 2020. - 559 с.
7. Логинов, Андрей. Дым отечества, или Дело табак / Андрей Логинов. - М.: Олма Медиа Групп, 2019. - 352 с.
8. Пратчетт, Терри. Дело табак / Терри Пратчетт. - М.: Эксмо, 2019. - 159 с.
9. Сандер, Л. Джилмен Smoke. Всемирная история курения / Сандер Л. Джилмен. - М.: Новое литературное обозрение (НЛО), 2021. - 114 с.

ЗООМОРФИЗМЫ В ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОЦЕНОЧНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЛЮДЕЙ

*Безноско Ксения Юрьевна,
Руководитель: Субботина Татьяна Юрьевна,
ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»*

Зооморфизмы понимаются как зоонимы, используемые в качестве номинаций для метафорической характеристики кого-(чего-) либо [Голованова]. В некоторых случаях понятия «зооморфизмы» и «зоонимы» используются не дифференцированно.

Актуальность темы определяется потребностью изучения различных способов выражения культурных ценностей, проблемы национально-культурных приращений зооморфизмов, знаний и культурных ассоциаций носителей языка и культуры.

Исследование зооморфных номинаций в русском языке для характеристики человека позволяет выделить особенности таких зооморфизмов. Они всегда оценочны, обладают яркой экспрессивностью и выступают в качестве средства образной характеристики.

Например, образ лисы ассоциируется с хитрым человеком, образ лошади – с сильным, а сова – с мудростью.

Понимание зооморфизмов обеспечивается:

а) стереотипностью образов, порождаемых определёнными животными в языковом коллективе (для языковых зооморфизмов),

б) образностью, порождаемой определённым животным в определённой ситуации (для речевых зооморфизмов)

Особенности культурно-исторического развития общенационального языка отражены во фразеологической зоонимической метафоре (идиомы, пословицы, поговорки): кот – со двора – мышам раздолье.

Значение зооморфизма определяется в соответствии с той сферой, где данная зооморфная единица функционирует, в художественной сфере, например, при помощи зооморфных единиц, выражается эстетическая функция языка.

Проанализированные нами синонимические и антонимические фраземы выражают такие значения:

1. Зооморфные единицы, называющие человека: уменьшительно-ласкательные названия лиц: цыплёнок, утка.

2. Зооморфные единицы, различающие человека по половому признаку:

- мужчины: волк, осел, кур, собака, лис;
- женщины: курица, лисица, лиса, корова.

3. Зооморфные единицы, указывающие на возраст человека:

- дети: теленок, цыпленок, ребенок;
- люди старого возраста: старая собака, корова.

4. Зооморфные единицы, различающие лиц по социальному положению:

- богатый: жирный кот;
- лидер, «шишка» (большая шишка): петух, крупная рыба;
- «мелкая сошка»: муравей, насекомое, отставной козы барабанщик;
- маленький начальник: большая лягушка в маленьком пруду;
- новичок: детеныш, курица, жеребенок;
- профессионал: старая птица, морской волк;
- неизвестный: темная лошадка.

5. Зооморфные единицы, называющие профессии, род занятий / постоянное или временное: биться как рыба об лед.

6. Зооморфные единицы, называющие группы лиц: стадо, волчья стая, стая.

7. Зооморфные единицы, называющие части тела человека: рыльце (в пуху).

8. Зооморфные единицы, называющие отличительные признаки внешности человека: козел, крыса.

9. Зооморфные единицы, характеризующие внешность человека:

- сильный: как лошадь;
- слепой: крот;
- глухой: глухой как тетерев;
- голый, бедный: гол как сокол, в чем мать родила.

10. Зооморфные единицы, характеризующие внутренний мир человека:

- хитрый: хитрый лис;
- слабохарактерный: мокрая курица;
- трусливый: крыса;
- глупый: жираф (дошло как до жирафа), еж;
- недружелюбный: тамбовский волк тебе товарищ;
- лицемерный, неискренний: волк в овечьей шкуре.

11. Зооморфные единицы, характеризующие отношения и ухаживания:

- измена: наставить рога.

12. Зооморфные единицы, характеризующие психофизическое состояние человека:

- больной: больная собака;
- голодный: голодный как волк / собака, волчий аппетит;
- усталый: усталый как собака;

- увлечённый: книжный червь;
- энергичный: как боевой петух, быстрая как пчела;
- отсутствие музыкального слуха: медведь на ухо наступил;
- бездельник: гонять собак.

13. Характеристика человека по поведению: лисий.

14. Абстрактные понятия, характеризующие человека: в ежовых рукавицах.

15. Физиологические характеристики: заморить червячка, заживет как на собаке.

16. Эмотивные характеристики: рычание, ворчун, хрюкать, громкий хохот, ржание, мурлыкать как кошка.

17. Интеллектуальные характеристики: кусаться, метать бисер (перед свиньями).

18. Коммуникативные характеристики: каркать, ныть, скулить, лаять.

19. Моторные характеристики: порхать, жужжание, клюют, вразвалку, переваливаясь.

Зооморфизмы могут встречаться как в виде отдельных лексем: ворона, осёл, медведь, орёл, так и в качестве компонентов зоофразеологических единиц, таких как, например, кот в мешке, (бежать) как крысы с корабля, подсадная утка, собака на сене, телячья нежности, бедный как церковная мышь, козёл отпущения, волк в овечьей шкуре.

Часто употребляются сравнения и метафоры, основанные на подобии между животным и человеком. Образность зооморфных сравнений и метафор и ориентация на адресата – учёт его способностей понять сравнение и метафору не только интеллектуально, но и, оценивая обозначаемое и образ, лежащие в их основе, эмоционально воспринимать этот образ и соотносить его со шкалой эмотивно-положительных или отрицательных реакций.

Слово, употреблённое в переносном смысле, обычно отражает отвлечённое понятие вне зависимости от этимологически исходного значения. Например, слово волк может не обозначать конкретного волка во плоти, а выражать сумму качеств, справедливо или несправедливо приписываемых этому животному.

В русском языке существуют зооморфические глаголы типа: обезьянничать-подрожать, лисить-хитрить, ишачить-работать тяжело, безропотно; павлиниться, бычиться, петушиться.

Расширение сферы их действия происходит за счёт «исходного» (анималистического субъекта, т.к. они начинают соотноситься и с субъектом-животным, ср.: мужчина окрысился – собаки, тигры, кошки окрысались; ребята съёжились – собаки, тигры, кошки съёжились).

Проанализировав художественную литературу нами также было выявлено множество зоонимов, что связано с желанием автора выразить свою мысль образно, эмоционально. Например, басни И. А. Крылова.

В баснях Крылову звери в баснях не просто олицетворяют людей, они являются носителями качеств определённых социальных групп. Так, львы, медведи, лисы, волки – наделены чертами господствующих классов; пчёлы, овцы – представители трудового народа. Автор, обращаясь к народному складу речи, пословицам, поговоркам, и сам создаёт точные, крылатые выражения.

В баснях Крылова собака – сторож добра, который противостоит волку – любителю лёгкой наживы: «Днём стадо под моей защитой, а ночью дом я стерегу» («Собака и Лошадь»). Собака – верный друг человеку: «...А человек: к стыду из нас не всякий сравнится в верности с собакой». Но можно встретить и такие выражения как: собаке под хвост, собачья жизнь, усталый как собака, ни одна (каждая) собака, т. е. В русской культуре существует двоякая трактовка этого образа.

Свиньи в баснях – бескультурные невежды, свинья – критик, цензор: «Но как же критика Хавроньей не назвать, который, что ни станет разбирать, имеет дар одно худое видеть». И. А. Крылов награждает её эпитетом «свинья свиней», которая «в соре, в навозе извалялась, в помоях по уши, досыта накупалась» («Свинья на панском дворе»).

Осёл – символ невежества, сумасбродства в баснях Крылова: «Чтоб солнце заслонить, ушей ослиных мало» (басня «Осёл»); надменности, глупости: «С ослиным ли умом за это дело браться» (Басня «Осёл и Мужик»); плутовства: «Но важный чин на плуте как звонок: звук от него и громок и далёк».

Изучив зоомонимы нами было замечено, что в результате метафорического переноса наименования животных на человека в семантической структуре происходят заметные изменения и помимо прямого значения появляется переносное. Здесь мы можем выделить два типа характеристик. С одной стороны, это признаки, действительно присущие тем или иным животным, как представителям биологического вида, и переносимые на человека. Например, упрямство осла, трудолюбие лошади, бесстрашие льва и др.

Обобщив теоретические данные по теме: «зооморфизмы в эмоционально – оценочной характеристики людей», нами было решено провести опрос. В нем приняло участие 27 студентов ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж».

Задание было следующим: определить о каких животных идет речь во фразеологизмах.

По результатам опроса выяснилось, что не все зооморфизмы обучающимся знакомы. Лишь немногие знакомы из басен И. Крылова. Это обусловлено тем, что обучающиеся мало читают художественную литературу, а также редко используют зоомонимы в своей обиходной речи, заменяя их словами, имеющими эмоционально-окрашенный оттенок. Например: свинья в переводе грязный, гусь - важный, осел- упрямый.

В результате анализа опроса и выявления зооморфизмов в речи носителей языковой культуры, нами было решено создать словарь зооморфизмов, отражающих эмоционально-оценочную характеристику людей. Так как многие зооморфизмы плавно перетекают во фразеологические выражения, что и отражает культуру, поведение, оценку человека.

Рассмотрев словари как лексикографическое воплощение языковой тенденции, нами было замечено, что было создано очень много толковых словарей, словарей синонимов, орфографических, фразеологических и других, словарей же зооморфизмов в русской лексикографии не было еще создано, на основе этого создание словаря зоонимов является актуальной в русской лексикографии. В словарную статью зоонимов были помещены слова, отражающие эмоционально – оценочную характеристику людей, а также лексическое значение слов, примеры из текстов художественной литературы.

Словарь зоонимов может быть полезен для изучения фразеологизмов как устойчивых сочетаниях, а также для изучения басен, где через крылатые выражение высмеиваются человеческие пороки. Слова в свою очередь имеют как прямое, так и переносное значение, что с одной стороны, дает понимание о признаках присущим тем или иным животным, с другой стороны как представителям биологического вида, и переносимые на человека.

Словарь зоонимов можно использован на уроках русского языка, а также для подготовки к олимпиадам по русскому языку.

Список использованной литературы

1. Архангельский, В.Л. Устойчивые фразы в современном русском языке / В.Л. Архангельский. – Ростов-на-Дону, Издательство: Ростовский государственный университет, 2019. – С. 177.
2. Арютюнова, Н.Д. Образ, метафора, символ в контексте жизни и культуры // Филологические исследования / Н. Д. Арютюнова — Москва, Издательство: Наука, 2019. - С. 71-81.
3. Беляевская, Е.Г. Семантика слова / Е.Г. Беляевская. – Москва, 2019.
4. Берлизон, С.Б. Специфика семантики фразеологических единиц и роль структурных компонентов в ее определении // Семантическая структура слова и фразеологизма: сб. науч.статей / С.Б. Берлизон. – Рязань, 2019.
5. Виноградов, В.В. Основные типы лексических значений слова / В.В. Виноградов. – Москва, 2019.
6. Виноградов, В.В. Об основных типах фразеологических единиц в русском языке / под ред. С. П. Обнорского. – Москва, 2019.
7. Каменская, В. М. Аксиологический аспект устойчивых зооморфных сравнений и зооморфных паремий испанского языка: автореф. дис. ... канд. филол. наук / В.М. Каменская. - Воронеж, 2008.
8. Огдонова, Ц. Ц. Зооморфная лексика как фрагмент русской языковой картины мира: автореф. дис. ... канд. филол. наук / Ц.Ц. Огдонова. - Иркутск, 2000.

Приложение А

Опрос «зооморфизмы в эмоционально – оценочной характеристики людей»

1. Какие фразеологизмы с компонентом-зоонимом (т.е. фразеологизмы с названиями животных) вы знаете?

2. О каких животных идёт речь в следующих фразеологизмах? Выберите один из фразеологизмов и объясните, почему животное наделялось таким свойством. Как вы думаете, почему это свойство перенесли на человека?

1. Голоден как...	8. Изворотлив как...
2. Нем как...	9. Колючий как...
3. Хитёр как...	10. Надут как...
4. Грязный как...	11. Драчлив как...
5. Упрям как...	12. Важный как...
6. Здоров как...	13. Красный как...
7. Болтлив как...	14. Плестись как...

3. Какие животные упоминаются в следующих фразеологизмах? Выберите один из фразеологизмов и объясните его смысл. Какие фразеологизмы с этим животным вы знаете?

1. Пишет как ... лапой	9. Денег ... не клюют
2. Делить шкуру неубитого...	10. Заморить...
3. На сердце ... скребут	11. Как ... языком слизала
4. ...носа не подточит	12. Как ... в воде
5. Лить ... слезы	13. Когда ... на горе свистнет
6. Белая...	14. Купить ... в мешке
7. Биться, как ... об лед	15. ...на смех
8. Вот где ... зарыта	16. Считать...

ИСТОРИЯ БЕЛОГО ХАЛАТА

*Васильева Светлана Максимовна,
Гуляева Елена Антоновна,
Ерошкина Полина Алексеевна,
Литовка Вераника Валерьевна,
Никулина Мария Андреевна,
Раева Полина Максимовна,
Черепова Татьяна Леонидовна,*

*Руководитель: к. ф. н., Югова Светлана Анатольевна
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Актуальность темы данной работы обусловлена тем, что в современном обществе не хватает информации о том, откуда и по каким причинам возникло появление белого халата в медицинских организациях и что могло послужить первоисточником необходимости носить белый халат врачам. Белый халат является важным атрибутом каждого медицинского работника. Он создает правильный образ врача в глазах пациента. Знать историю белого халата должен каждый человек, связанный с медициной. Черные пятна истории появления медицинского халата должны быть раскрыты.

Проблема заключается в том, что белый халат имеет сложную историю появления и ее знания необходимы в работе медиков.

Целью работы является анализ истории белого халата. **Объект** исследования – белый халат, **предмет** – его внешний вид, изменяющееся под влиянием времени.

В процессе приближения к цели встают следующие **задачи**:

- разобрать исторический взгляд на проблему белого халата;
- рассмотреть мифы о белом халате в эпоху античности;
- описать специфику медицинской одежды в средние века;
- осмыслить необходимость ношения белого халата в новое и новейшее время;
- понять историю белого халата в России.
- проанализировать знания студентов ББМК об истории белого халата и их стремления ее изучить.

При анализе источников и литературы были использованы следующие **методы и подходы**:

– конфликтологический подход, концентрирующий свое внимание на столкновение противоречий в мышлении людей, принимающих белый халат и разных точек зрения исследователей по этому вопросу.

– проблемно–хронологический подход, позволяющий оценить явление во времени и пространстве, требующий понимания истории белого халата на протяжении многих лет;

В исследовании использовались такие методы, как выявление, отбор, сравнение, анализ.

Халат медицинского работника по праву можно считать одним из древнейших символов медицины. Существуют мифы, в которых медицинский халат упоминается во времена античности. В древнеиндийском учении Аюрведов белый халат был ритуальным одеянием целителей. Использовался исключительно белый оттенок, как знак света, чистоты, светлых помыслов и помощи.

Также белый халат упоминался и у Аххарванов, которые являлись жрецами одной из самых древних религий человечества–зороастризма. Ее жрецы-целители, по преданию, облачались в белые одеяния и надевали головной убор, схожий с медицинским колпаком, как символ целомудрия действий и мыслей.

Белый халат считался одеждой ученых и мудрецов Египта. Им приписывались невероятные знания и магические способности. В легенде о белом халате говорится о том, что ученые и мудрецы, надевая эту одежду, могли входить в транс и получать прозрения, приносящие благополучие и исцеление. Белый халат был символом их ума и высокого статуса.

В древней Греции белый халат считался обязательным атрибутом для исцеляющих богов и богинь. Мифы повествуют, что Асклепий, бог медицины, всегда носил белые

одежды, которые отдаленно напоминали халат. Он символизировал его силу и мудрость.

В Древнем Риме белый халат также играл важную роль в медицинских исцеляющих ритуалах. Мифы гласят, что в доме Асклеиадов, священном месте врачебной мудрости, десять женщин, называемых весталками, создавали белые халаты вручную. Эти халаты были необыкновенно тонкими и красивыми, и каждая нить была вплетена с заботой и преданностью. Верили, что эти халаты обладают магической силой исцеления и проникают в самую глубину души пациента [3, с. 80].

Все мифы через многие тысячелетия и века так или иначе повлияли на внешний вид врачей, который мы привыкли видеть в современном мире.

Глядя на старинные, архивные фотографии медицинских работников, мы можем отметить, что ношение халатов получило большое распространение именно в конце XIX – начале XX веков. Это время можно назвать одним из самых тяжелых для человечества, ведь именно в этот период его настигло множество трудностей. В XIX веке люди столкнулись с множеством пандемий холеры, азиатским гриппом и другими заболеваниями. И это не говоря ещё о самой страшной пандемии в истории человечества – пандемии испанского гриппа, унесшей около 80 миллионов жизней (5,3 % населения Земли). Эта проблема коснулась каждого континента, в связи с развитием глобального транспортного сообщения и Первой мировой войной (1914-1918), которая способствовала передвижению огромной массы людей по всей планете. Миллионы больных солдат отправились домой по разным уголкам Земли, принося с собой не только радость долгожданной встречи и воссоединения, но и испанский грипп.

Эта катастрофа изменила взгляд людей на одеяния доктора и подтолкнула к формированию устойчивого международного медицинского сообщества. В приоритете оказалась гигиеничность и безопасность, поэтому медицинские халаты, до этого нечасто используемые, получили повсеместное распространение. Можно сказать, что именно в это время белый халат стал одним из международных и «знаменитых» символов медицины и помощи. Белый медицинский халат постепенно превращался в основу доверия и надежды.

Огромную роль в популяризации белых халатов сыграла теория антисептики английского врача-гигиениста Джозефа Листера. Это положило начало внедрению медицинских халатов во врачебную практику. Халат становится неотъемлемой частью профессионального костюма.

По сведениям историков, в России врачи впервые были замечены в белой военной форме при обороне Севастополя во время Крымской войны (1853-1856). После этого белый халат стал спецодеждой врачей на фронте. Врачи во время Крымской войны носили белые халаты неофициально. Приказа так одеваться не было [1, с. 337].

Это подтверждает молодой хирург того времени Н.А. Вельяминов (1855-1920), свидетель и участник военных событий. Он пришел на хирургический перевязочный пункт, которым руководил К. Листер. Все медицинские работники были одеты в чистые белые фартуки с высоко засученными рукавами. Между операцией и перевязкой все они интенсивно мыли руки щеткой и окунали их в карболовую жидкость, прежде чем прикоснуться к ранам.

В ноябре 1867 года в Твери было открыто отделение общества сестер милосердия, в котором состояло более 60 человек. Согласно уставу общества, все его члены выполняли свои обязанности бесплатно. Общество было «главным центром гражданской помощи во время войны». Под эгидой этого общества сестринское движение достигло массовой популярности во время русско-турецкой войны 1877-1878 гг.

Члены общества зимой имели специальную одежду медицинского работника. Эта форма состояла из коричневой шерстяной одежды, белого фартука с нашитым на груди красным крестом и белой косынка. Летом это было холщовое платье.

Эскизы для униформы были нарисованы знаменитым художником М.Нестеровым, Одежда, состоящая из бежевых нарядов с белыми, строго выглаженными манжетами, дополненных головным убором, щедро спускающимся на плечи и в рамках очертившим лица носительниц, заявляла о высоком статусе и значимости профессии сестринского труда. Это была значительная эволюция в сравнении с белым халатом, к которому мы привыкли в

наше время, хотя до его введения в медицинскую практику ещё предстояло пройти долгий путь [4, с. 405].

Сестры милосердия, проживающие в Марфо-Мариинской обители, были одеты в бежевые платья с белыми накрахмаленными манжетами. Они также носили белые головные уборы, которые покрывали их плечи. Хотя эти наряды не совсем походили на современные медицинские халаты, они все же являлись первым шагом вперед в этом направлении. Данные описания позволяют предположить, что именно сестры милосердия сыграли ключевую роль в появлении белого медицинского халата [2, с. 80].

Настоятельница Свято-Троицкого Ново-Голутвина монастыря игуменья Ксения говорила: «Белые одежды – символ Спасителя, белый халат врача – символ помогающего в беде». Сыграло ещё то, что на светлом, белом халате отчетливо видны все загрязнения, что позволяло выявить «на глаз» степень безопасности, напоминая о важности частой стирки, а также широко распространенная практика дезинфекции халатов в растворе с агрессивными веществами. Окрашивать халаты было дорого и нерационально. Одежда шилась сразу из белой ткани [5, с. 18].

Вскоре мужчины-врачи также получили свою собственную форму одежды, хотя они в основном использовали ее только во время хирургических операций. Хирургический халат представлял собой закрытое спереди платье с длинными рукавами. Надеть ее самостоятельно было невозможно – требовалась помощь медсестры. Затем для удобства застежка переместилась на переднюю часть халата – появился тот облик врача, который мы можем наблюдать и по сей день.

Революция 1917 года определила дальнейшее развитие отечественной медицины. Белый халат стал официальной одеждой медиков. В СССР производство медицинских халатов было централизовано. Все халаты, поставляемые медицинскому персоналу, распределялись по лечебным учреждениям. Они были однотипными и не имели особых отличий. Кроме того, врачи могли носить специальные белые фартуки и медицинские шапочки. Вспомним внешний вид профессора Преображенского. Его подстриженные седые волосы были скрыты под белой шапочкой, а его ассистент, доктор Вольменталь, носил белый халат с застежкой на спине. Отметим, что этот рассказ и образы героев были написаны в январе - марте 1925 года.

В 1930 году произошли серьезные реформы. Медицинский факультет был выделен из состава университета, появился Медицинский институт. На фотографиях в альбомах выпускников того времени видно, что медицинский факультет был одет в простую одежду. Все студенты были одеты в белые халаты с большими карманами спереди, а на голове у них была маленькая белая шапочка для практических занятий [3, с. 80].

После изучения проблемы белого халата была составлена анкета, позволяющая понять уровень знаний студентов Барнаульского базового медицинского колледжа по истории белого халата и стремление ее изучить. После этого проводилось исследование проблемы путем анализа полученных результатов.

Группа респондентов – студенты ББМК очной и очно-заочной форм обучения. Численный состав – 108 человек, из них 54 человека – юноши, 54 – девушки. Специально был осуществлен поиск одинакового количества респондентов по полу, так как первоначально преобладало количество опрошенных девушек. Юношей, желающих поучаствовать в опросе, нашли на отделении «Стоматология ортопедическая».

Респонденты являются обучающимися отделений «Стоматология ортопедическая», «Медико-профилактическое дело», «Лабораторная диагностика», «Сестринское дело очно-заочная форма обучения», «Фармация очно-заочная форма обучения».

По результатам анкетирования можно сделать следующие выводы:

1. Студенты осведомлены об истории белых халатов, но юноши осведомлены больше, чем девушки. 96% опрошенных девушек (51 человек) отметили, что им рассказывали в учебных заведениях об истории белого халата, а всего 4% ответили, что нет.

2. Все опрошенные респонденты мужского пола написали, что им рассказывали о белых халатах в учебных заведениях. Следует отметить, что большую роль играет специфика специальности, на которой обучаются студенты. Они все медицинские работники, поэтому так или иначе слышали историю белого халата от преподавателей,

аргументировавших необходимость ношения специальной формы для медицинских работников.

3. В результате анализа ответов на третий вопрос выяснилось, что большинство студентов не знают почему начали носить белые халаты, а некоторые вообще не заинтересованы в изучении этого вопроса.

Только 14% девушек ответили, что они знают, почему люди стали носить белые халаты, 82 % ответили, что не знают, а 4 % выразили свое равнодушие к изучению этого вопроса и сказали, что им это не интересно.

Количество юношей, знающих причины появления белого халата оказалось в два раза меньше, чем девушек. Только 7% юношей ответили «да», а 93% - нет. Вызывает уважение тот факт, что юноши менее равнодушны, чем девушки. Они хотели бы знать, почему люди начали носить белые халаты. Ни один из юношей не ответил, что ему неинтересно узнать причину появления белого халата.

4. Большинство опрошенных думают, что белый халат появился достаточно давно. 96% девушек ответили, что они знают, что белый халат появился давно. Эти цифры совпали с количеством правильно ответивших на вопрос юношей. Оставшиеся девушки были равнодушны к этому вопросу, а юноши разделились на тех, кто не разделяет эту точку зрения и равнодушен к этому вопросу. Такие утешительные цифры говорят о том, что студенты ББМК не равнодушны к истории, имеют некоторые знания и стремятся вникнуть в суть проблемы.

5. По результатам вопроса, можно предположить, что большой процент студентов в курсе того, что в легендах белый халат означал знак света, чистоты, светлых помыслов и помощи. Это 94 % девушек и примерно столько же юношей (98 %). Оставшиеся юноши в меньшинстве оказались равнодушны к этой проблеме, а девушки разделились на тех, кто не знает ответ на вопрос и равнодушен к этой теме.

6. Большая часть девушек и юношей знает, с какой целью стали носить белые халаты. Также имеется небольшой процент равнодушных студентов. Специфика учебного заведения накладывает отпечаток на то, что в основном все юноши и девушки знают с какой целью медицинские работники стали носить белые халаты (46% девушек и 68% юношей). Появляется вывод о том, что девушки больше интересуются историей, а юноши необходимостью носить белый халат. Много девушек (50%) ответили, что не знают, зачем медики стали носить белые халаты. Это в два раза больше, чем количество юношей. Радует, что девушки хотят изучить эту тему.

7. Практически все девушки и абсолютно все юноши считают белый халат удобным видом формы. Он практичен и гигиеничен. Белый халат является не только красивой одеждой, но невероятно удобным «помощником» любого врача, доктора, медсестры. 96% девушек и 100 % юношей разделяют эту точку зрения. Такая позиция говорит о том, что в ББМК ношение белого халата является не только специфической одеждой студентов, но и их внутренним убеждением.

8. Участники тестирования считают белый халат удобным и его ношение им нравится. И это абсолютно верно. Большие карманы, свободный крой всё это очень практично в работе. Врача, доктора, медсестру всегда видно из далека. Это отличительная черта медицинского работника. В экстренной ситуации увидев человека в белом халате вы знаете, что он вам обязательно поможет, спасёт и утешит. Это 96% девушек и 100% юношей. Лишь 2% девушек не нравится ношение белого халата. Юноши категорически с ними не согласны. Среди опрошенных девушек есть равнодушные.

9. Белый халат является незаменимым символом медицины. И участники тестирования с этим согласны. Нельзя придумать замену белому халату. Это закреплённый столетиями символ чистоты и милосердия во всём мире.

84% девушек и 98% юношей считают, что белый халат нельзя ничем заменить. Лишь небольшой процент девушек видит альтернативу (7 %). Это более яркая одежда. Девушки не могут аргументировать и конкретно описать ее. Возможно, это просто их стремление быть красивыми и нарядными, а не отрицательное отношение к белому халату.

10. Опираясь на итоги тестирования можно понять, что почти все юноши и девушки считают белый халат символом врача (78% девушек и 98 % юношей), однако часть

девушек считает белый халат символом чистоты и гигиеничности (18%). Юношей, рассуждающих о чистоте и гигиеничности халата гораздо меньше (2%).

11. Отталкиваясь от данных тестирования видно, что почти все опрошенные юноши и девушки знают о важности белого халата (92% девушек и 98% юношей), однако небольшой процент равнодушен к данной теме (6% девушек). Равнодушных в обеих группах очень мало (2%)

12. Большая часть юношей и девушек хотят изучить историю белых халатов (78% юношей и 80% девушек), но все равно остаётся малая часть тех, кто равнодушен к истории белого халата (11 девушек и 4% юношей) или не желает ее изучать (11 девушек и 16% юношей). Возможно юноши, которые равнодушны к истории белого халата, не желают ее изучать потому, что заняты работой или больше времени посвящают учебе.

Таким образом, следует искать пути выхода из ситуации нехватки знаний по истории белого халата среди студентов ББМК их стремления изучить проблему. Предлагается в дальнейшем провести беседы в группах по истории белого халата или предложить студентам ознакомиться с историей белого халата на классных часах. Возможно, эта практическая мера увеличит число желающих вступить в студенческое научное общество «Сова» и заняться исследованием проблемы истории белого халата.

Список использованных источников

1. Байков В.М., Ефимова Т.Р. Откуда взялся белый халат? // Фундаментальные исследования. 2019. № 12. С. 337-341.
2. Николаев В.А. Возникновение и символика медицинского халата // Медицина и образование в Сибири. 2019. № 4. С. 80-82.
3. Петрова Н.Б., Руднев В.Ю., Авилова А.А. Белый халат: символ и развитие // Научно-практический журнал «Архив внутренней медицины». 2019. Т. 8. № 4. С. 79-84.
4. Халмиров С.И., Михеева О.В. Эволюция формы и символики медицинского халата // Вестник Российской академии медицинских наук. 2020. Т. 71. № 5. С. 404-408.
5. Исакова Е.В. Белый халат как символ врача. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 346 с.

СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

*Величко Ангелина Евгеньевна,
Руководитель: Пичугина Лариса Владимировна,
КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»*

Семья — это организм. Счастливая семья — хорошо функционирующий организм. Вам будет плохо, если даже один орган вышел из строя. Так и в семье. Когда все члены семьи живут и работают в унисон — они звучат, как единая мелодия, они спокойны, проявляют адекватную ситуации реакцию, и никаких диагностических методик не требуется, чтобы определить их уровень счастья.

К сожалению, среди молодых семей подобные взаимоотношения — редкость. В основном, к полной гармонии люди приходят с возрастом, пережив огромный пласт различных катаклизмов, повзрослев и поумнев благодаря преодоленным преградам. Хотя такое происходит не всегда. И очень грустно наблюдать, когда, прожив в браке больше 30 лет, супруги принимают решение о разводе. Причина: один из партнеров так и не повзрослел, всю жизнь был берущей стороной, а второй просто устал быть «донором».

Институт семьи различался в каждую эпоху и у разных народов, отражая специфику конкретных обществ. Но всем без исключения обществам присуща общая и естественная причина возникновения семьи — необходимость обеспечения выживания человека как вида, биологической непрерывности

Семья – это исторически изменяющаяся форма организации совместной жизни людей обоего пола. Характер отношений в семье, её структура и форма изменялись по мере того как изменялось и развивалось общество.

Семейные отношения в Древней Руси стали совершенствоваться с приходом Христианства. Если раньше создание семьи считалось как метод выживания племён, то с приходом Христианства браку придавалось более сакральное значение. С ранних лет девушку готовили к тому, какой должна быть любящая супруга и мать. Замуж именно «выдавали», то есть не девушка не молодой человек зачастую могли даже не знать друг друга, считалось, что любовь – её наживают со временем. У будущего супруга обязательно должно было иметься приданное, которым его семья как бы «выкупала» невесту. Девушка входила в брак «чистой», а если по каким то причинам эта чистота была нарушена, девушка и её родители были публично опозорены народом. Право на воспитание детей было закреплено за супругом. Женщина в семье занималась преимущественно домашними делами и так же воспитанием детей. Развод, как и прежде, допускался церковью, но перед этим было необходимо провести судебное разбирательство, которое вследствие выносило решение от лица князя и церкви о допустимости расторжения брака. Обычно основанием являлись государственная измена мужа, покушение на высокопоставленное лицо, посягательство жены на жизнь мужа и др.

Октябрьский переворот повлек за собой не только смену политического строя, но и идеологии.

Так, 18 и 19 декабря 1917 года были изданы декреты ВЦИК и Совнаркома РСФСР «О гражданском браке, о детях и о ведении книг актов гражданского состояния» и «О расторжении брака», в которых предусматривалось:

- а) полное отстранение Церкви от решения вопросов брака и семьи;*
- б) свобода заключения брака и развода;*
- в) полное равенство личных и имущественных прав мужа и жены;*
- г) уравнение в правах внебрачных детей с детьми, рожденными в браке.*

Спустя год – 22 октября 1918 года – был принят отдельный семейно-правовой акт – «Кодекс законов об актах гражданского состояния, брачном, семейном и опекунском праве». Кодекс расширил перечень препятствий к заключению брака. Одновременно были максимально упрощены условия развода. Судья единолично расторгал брак по заявлению одного из супругов. От заявителя не требовалось никаких доказательств по распаду семьи, так как Кодекс 1918 года не накладывал на супругов никаких обязательств по совместному сожительству и верности.

В результате в 1921 г. в Петрограде каждый третий брак (33%) распадался в течение первого года совместной жизни.

По данным известного российского демографа А.Г. Вишневого, в целом 1920-е годы ознаменовались быстрым вытеснением церковного брака гражданским, чему активно способствовала политика властей, а также довольно широким распространением нерегистрируемых брачных союзов, особенно среди городской молодежи

Результатом идеологических преобразований большевиков стала примитивизация моральных норм у населения. О. Грейг отмечает:

«Настоящим бичом рабочей молодежи стали венерические заболевания. В 1927 г. выяснилось, что половина рабочих завода "Красный треугольник" заражена сифилисом и другими болезнями. При этом молодые люди заражались не от проституток, а друг от друга. Количество заболевших, по сравнению с дореволюционным периодом, выросло в десятки раз! К слову сказать, в 20-е гг. в структуре, создаваемой Троцким, красной Армии были даже "ВЕНРОТЫ" – части, целиком состоящие из сифилитиков. В них тоже существовали комсомольские и партийные ячейки, проходили собрания»

Идеология советского государства была направлена на воспитание молодых поколений, в том числе молодых женщин в свете решения социально значимых и общественно полезных задач. Ценности семьи и семейные интересы при этом не были приоритетными и порой вообще не учитывались. В девочке с детства формировалась установка на социальную активность и профессиональный рост. Причем, даже забеременев, молодые женщины, воспитанные в этом духе, не сразу перестраивались на стратегию

материнского поведения, предполагающую отстранение от общественной и профессиональной деятельности и сосредоточение на семейных заботах.

В конце эпохи социализма и началу нового времени, семья также претерпела кризис, который охватил все сферы нашего общества. Активно навязывалась западная модель семьи, свободные отношения, воспитание нетерпимости и призыв не сохранять семью, а искать лучший вариант, что и привело к снижению рождаемости и большому числу разводов.

На базе нашего колледжа и других учебных и общественных заведений был проведен опрос по составленной анкете. В опросе принимали участие респонденты разного пола и возраста

В результате анкетирования и проведенной обработке, были получены следующие результаты:

1. Создание семьи — самый важный аспект жизни

На основе полученных исследований можно выявить, что семья остается для людей всех возрастов одной из важнейших жизненных целей

2. Желаемое количество детей в семье

Анализ выявил, что молодые женщины и мужчины в среднем хотят иметь меньше детей, чем поколение их родителей

3. Предпочитаемая модель семейных отношений

На основании полученных результатов сделан следующий вывод: молодые люди и люди вошедшие в возраст зрелости имеют в большей мере установки на традиционный тип семейных отношений в быту, то есть патриархат

Заключение

Семья, как социальный институт, существует многие тысячелетия. Тайна ее долговечности заключается в том, что она является важнейшим последующим звеном в отношении человека с окружающим миром и наиболее эффективно способствует социализации личности в социуме.

Семья один из самых древних социальных институтов. Она возникла намного раньше, государства, армии, образования, рынка. Семья - единственный и незаменимый производитель самого человека, продолжение рода. Но, к сожалению, выполняет она эту главную функцию со сбоями. И зависит это не только от нее, но и от общества. Семья возникает из потребности удовлетворить личные потребности и интересы индивидов. Являясь частью общества, она соединяет их с общественными интересами. Личные потребности организуются на основе принятых в обществе норм, ценностей, образцов поведения и часто происходит так, что бесцеремонное вмешательство общества в жизнь семьи разрушало ее и жизнь людей ее составляющих, доводило ее до нищенского существования.

Семья как ячейка общества является неотделимой составной частью общества. И жизнь общества характеризуется теми же духовными и материальными процессами, как и жизнь семьи. Чем выше культура семьи, следовательно, тем выше культура всего общества. Семья - это один из механизмов самоорганизации общества, с работой которого связано утверждение целого ряда общечеловеческих ценностей. Поэтому семья сама имеет ценностное значение и встроена в общественный прогресс. Сущность семьи заключается в той целостности, которая присуща семье и социальной общности, и как малой социальной группе, и как социальному институту. Институт семьи выполняет весьма значительные функции в жизни общества.

Семья - это и результат, и, пожалуй, еще в большей мере - творец цивилизации. Семья - важнейший источник социального и экономического развития общества. Она производит главное общественное богатство - человека. Когда человек относится к семье как к важнейшей жизненной ценности и в создании ее крепкой и счастливой видит одну из главных задач своей жизни, то можно быть уверенным, что фундамент такой семьи прочен и внутренние ее силы позволят ей устоять в любых жизненных бурях. И наоборот, если на семейную жизнь он смотрит как на явление обыденное, а на свои семейные обязанности как на нечто малозначимое, отягощающее, то тогда трудно ожидать, что внутренние силы самосохранения этой ячейки, ее фундамент будут крепки. Будущее такого семейного союза

практически predetermined. Это или безрадостное, наполненное постоянными неурядицами сосуществование, или его распад.

В данное время тема семьи до конца не изучена и полностью изучена быть не может, так как взаимоотношения в семье, проблемы, функции изменяются с изменением социальной обстановки в стране, с изменением главных целей, стоящих перед обществом. Но главный вывод, с которым согласны социологи любого периода времени это то, что семья является основным фундаментальным институтом общества, придающим ему стабильность и способность восполнять население в каждом следующем поколении. Её роль не исчерпывается только воспроизводством населения, семья способствует развитию общества и его прогрессу. Здоровая, крепкая семья - залог стабильности и процветания любого общества. Семья является основой всех социальных институтов, и, говоря о развитии семьи, мы подразумеваем развитие общества в целом.

Список использованных источников

1. Лекция семейного психолога Татьяны Шеранда о семье – URL: <https://mag.103.by/topic/59373-moja-kreposty-psiholog-o-tom-cto-takoje-schastlivaja-semyja-i-kakije-oshibki-razrushajut-jeje-uzhe-s-fundamenta/> (дата обращения 21.12.2023)
2. Возникновение и исторические типы семьи – URL: <https://studfile.net/preview/16470841/page:43/> (дата обращения 04.01.2024)
3. Шубина П.Е.//История развития брачно-семейных отношений в Древней Руси – URL: <https://epomen.ru/issues/2022/69/43.pdf> (дата обращения 07.01.2024)
4. Роль большевиков в разрушении института семьи – URL: <https://www.czm-umilenie.ru/actual-temu/rol-bolsevikov.html> (дата обращения 19.02.2024)
5. Общество православных врачей России имени святителя Луки (Войно-Ясенецкого)//Проблемы современной семьи – URL: <https://mag.opvspsb.ru/publications/studencheskaya-tribuna/226/> (дата обращения 24.02.2024)
6. Журнал «Фома»// Любовь не нужно пробовать – URL: <https://foma.ru/lyubov-ne-nuzhno-probovat.html> (дата обращения 21.03.2024)

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ЗЕРКАЛЕ РУССКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

*Гроо Татьяна Витальевна,
Руководитель: Горбунова Юлия Юрьевна,
КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»*

Ни для кого не секрет, что многие представители русской классической литературы имели медицинское образование и даже осуществляли медицинскую деятельность. А. П. Чехов, М. А. Булгаков, В. И. Даль, В. В. Вересаев были врачами. Во многих произведениях сюжет основан на их личном опыте.

Успех лечения любого заболевания во многом зависит не только от постановки диагноза и назначений, которые делает врач, но и от надлежащего сестринского ухода.

«Ангелы в белых платочках» – сестры милосердия – появились в Российской империи в 40-х годах XIX века. Тогда были основаны Свято-Троицкая и Никольская общины. Вступить в них могли женщины, готовые пройти серьезную медицинскую подготовку и приступить к работе в больницах и приютах [4, 20].

Гипотезой нашего исследования стало предположение о том, что многие начинающие фельдшера и медсестры не достаточно понимают, с какими трудностями им придётся столкнуться в начале своего профессионального пути. А произведения русских

классиков, воздействуют на эмоциональную сферу, безусловно, могут помочь студентам-медикам.

Связь медицины с литературой следует рассматривать как необходимое условие получения качественного медицинского образования. Успех лечения во многом зависит не только от знания специальных дисциплин, но и, в целом, от мировоззренческой подготовки медицинского работника. Литературные произведения могут служить иллюстративными материалами к учебным пособиям, дополнительными источниками информации для более глубокого изучения симптомов и последствий заболевания, психологического состояния больного и, в конечном итоге, для расширения опыта начинающего медика.

Цель – исследование иллюстративных возможностей литературных текстов, затрагивающих тему сестринского ухода, как дополнительных источников информации для начинающей медсестры.

Задачи:

1. Рассмотреть образ медицинской сестры через призму восприятия литераторов на примере конкретных произведений.
2. Собрать материалы из произведений русской художественной литературы, содержащие описания образа медицинской сестры и её деятельность.
3. Разработать анкету «Особенности восприятия будущими медиками литературных текстов», провести опрос среди респондентов и проанализировать полученные результаты.
4. Создать сборник «Дополнительные литературно-художественные материалы к изучению истории сестринского дела в России».

Методы исследования. Анализ и обобщение данных литературных источников по истории сестринского дела в России; поиск в художественных произведениях на медицинскую тематику сюжетов и описаний образа сестры милосердия и сестринского ухода. Кроме того, нами был использован биографический метод исследования, позволяющий установить связь между биографиями писателей и особенностями созданных ими литературных произведений.

На основе работы с литературными произведениями и сведениями из биографии мировых поэтов и прозаиков, мы составили перечень авторов-медиков, связав их медицинскую практику с содержанием произведений, ими написанных.

Для поиска цитат и сюжетов на заданную тему мы воспользовались онлайн-сервисом «КартаСлов.Ру – Карта слов и выражений русского языка».

Мы выяснили, что настольной книгой для начинающего медика является произведение Викентия Викентьевича Вересаева «Записки врача» (1900 г.) [1, 2].

В ходе работы нами были получены сведения об упоминании деятельности медсестры в произведениях русской классической литературы и приведены цитаты. Кроме того, мы составили краткий список книг о медицинских сестрах, которые будет полезно прочитать студентам медицинского колледжа.

Проанализировав литературные произведения русских классиков, мы убедились в том, что деятельность сестер милосердия воспринимается как христианский путь служения и высокий гражданский долг, притом, что подавляющее большинство сестер милосердия входило в состав не епархиальных общин, а в общины светской общественной организации – Российского общества Красного Креста [3]. Однако такое признание обществом деятельности сестры милосердия произошло не сразу, и сам образ ее оценивался современниками неоднозначно [3, 9].

Изучив литературу по истории развития сестринского дела в России и художественные произведения, мы разработали анкету «Особенности восприятия будущими медиками литературных текстов» и провели опрос среди студентов.

На следующем этапе проведено анкетирование. В опросе приняли участие 77 человек, две трети из них – первокурсники.

По результатам проведенного опроса нами были сделаны следующие обобщения. Большинство опрошенных признались, что не могут сразу вспомнить художественные произведения русских авторов, в которых упоминаются медицинские сестры, сестры милосердия, освещается деятельность сестер по уходу за больными и ранеными (Рис. 1).

Знаете ли Вы художественные произведения русских авторов, в которых упоминаются медицинские сестры, сестры милосердия, освещать сестер по уходу за больными и ранеными?
77 ответов

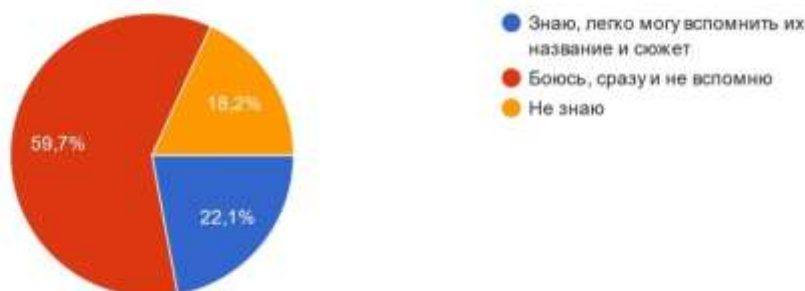


Рисунок 1 – Результаты исследования осведомленности студентов на знание произведений, в которых упоминаются медицинские сестры

После прочтения отрывков художественных произведений, в которых упоминаются моменты нелегкой работы сестер милосердия по уходу за тяжелобольными и ранеными на поле боя, ни у одного студента не возникло чувства брезгливости и неприязни к работе медсестры. Чуть менее половины опрошенных проявили сострадание, сопереживая героям, нуждающимся в помощи и в сестринском уходе (Рис. 2).

Прочитайте отрывки из произведений. а) Глубокая воронка раны то и дело заливалась кровью, которую сестра милосердия быстро вы... Какие чувства вызывает у Вас прочитанное?
77 ответов

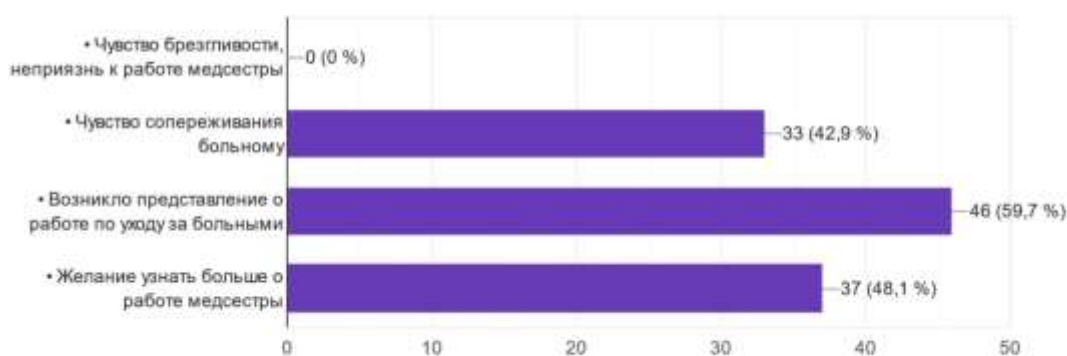


Рисунок 2 – Результаты исследования отношения студентов к работе сестер милосердия – героинь художественных произведений

После прочтения отрывков художественных произведений русской литературы, где автор выступает в качестве главного героя, которому самоотверженно помогает медсестра, более половины опрошенных прониклись уважением к труду медицинской сестры (Рис. 3).

При ответе на открытый вопрос, в котором нужно было перечислить фамилии писателей, имеющих медицинское образование, большинство назвали А.П. Чехова, М.А. Булгакова. Некоторые откровенно признались, что не знают писателей-медиков. Выбирая из предложенных вариантов ответов на вопрос о том, кто из писателей был врачом, большинство указали также А.П. Чехова и М.А. Булгакова.

Прочитайте отрывки из произведений. а) Я не думал о том, что исход может быть смертельный, и не испытывал страха, как об эт...). Какие чувства вызывает у Вас прочитанное?
77 ответов

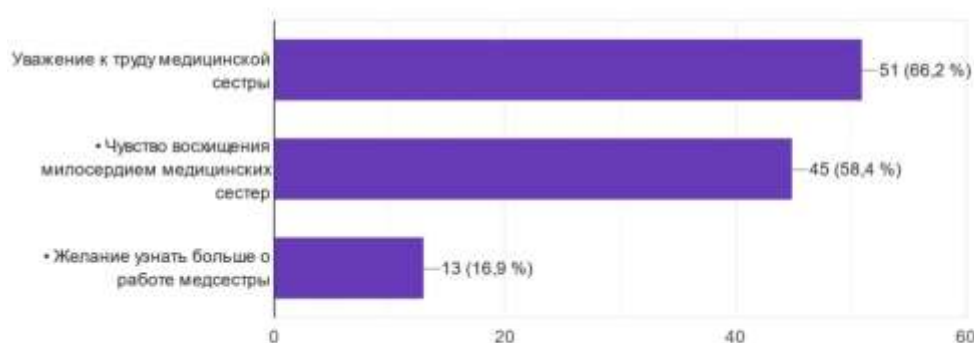


Рисунок 3 – Результаты исследования отношения студентов после прочтения художественных текстов

Также нам показалось интересным выяснить, какие качества медицинской сестры являются самыми важными, по мнению респондентов. Выбирая из предложенных вариантов качеств медсестры, двумя самыми главными студенты назвали «внимательность» и «стрессоустойчивость». К сожалению, лишь одна десятая часть респондентов указали «честность» (Рис. 4).

Какими главными качествами должна обладать медицинская сестра (выберите 2 самых главных по Вашему мнению)?

77 ответов

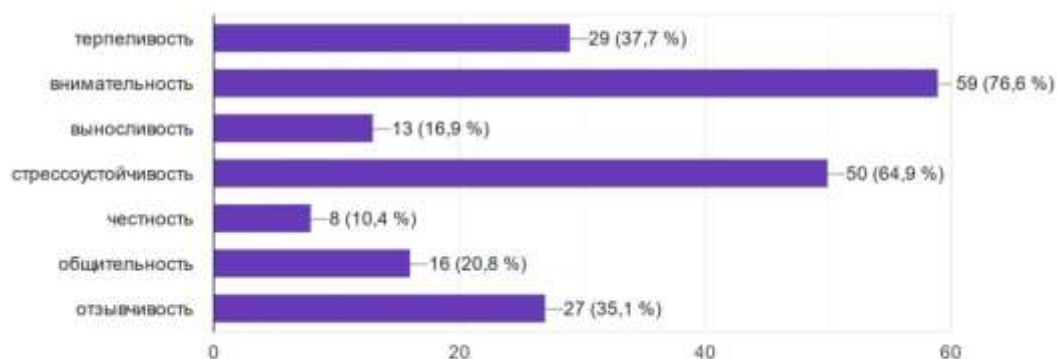


Рисунок 4 – Результаты опроса студентов на иерархию личностных качеств медицинской сестры

На основании проведенного опроса мы сделали вывод о необходимости составления сборника «Дополнительные литературно-художественные материалы к изучению истории сестринского дела в России», содержащего тексты, прямо или косвенно формирующие положительное отношение к образу сестры милосердия.

В сборник вошли отрывки художественных текстов (как прозаических, так и стихов) из произведений В. В. Вересаева, Л. Н. Толстого, А. П. Чехова и др. Иллюстрации с полотен русских художников, изображающих картины времен Крымской и Первой мировой войн, где так велика была роль сестер милосердия. Кроме того, там есть аннотации к трём современным произведениям о деятельности медицинских сестёр («Воспоминания сестры милосердия», Татьяны Варнек; «Медсестра», Николая Степанченко; «Юные годы медбрата Паровозова», Алексея Моторова). Именно эти книги, на наш взгляд, будут интересны будущим специалистам-медикам.

Материалы этого сборника будут полезны при изучении истории сестринского дела в России, помогут сформировать правильные представления о профессии медицинской сестры. Кроме того, они играют важную роль в формировании мировоззрения будущих медиков и способны вызвать интерес к прочтению подобных произведений.

Из содержания профессиональных дисциплин и модулей студенты знают, что существует ряд заболеваний, для лечения которых очень важно воздействовать на настроение, чувства и характер больного. В этом случае общение с эрудированным и начитанным медицинским работником поможет снять депрессивное состояние, пробудить веру в свои силы и интерес к жизни.

Таким образом, наша работа посвящена вопросу о том, как деятельность сестер милосердия отразилась в русской литературе конца XIX – начала XX вв. и какой образ сестры милосердия при этом создавался.

Наш проект в будущем мы планируем развивать по следующим направлениям.

Во-первых, дополнить «Сборник» фрагментами из художественных произведений зарубежных авторов и составить расширенный аннотированный список художественных произведений, посвященных сестринскому делу.

Во-вторых, для расширения кругозора будущих фельдшеров, углубления в историю медицины города Бийска, нами разрабатывается программа сотрудничества с Музеем «Городская усадьба» в доме фельдшера Поплавского, составляются сценарии авторских театрализованных экскурсий. Дом фельдшера Поплавского – одноэтажное старинное здание начала XX века. Летом 2023 года музей «Городская усадьба» в доме фельдшера Поплавского хорошо и логично вписался в большую экскурсию по старому купеческому городу.

Список использованных источников

1. Бородин М. А. «Записки врача» В. В. Вересаева как настольная книга начинающего доктора // ОНВ. 2008. №1 (65). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zapiski-vracha-v-v-veresaeva-kak-nastolnaya-kniga-nachinayuschego-doktora> (дата обращения: 03.04.2024)
2. Вересаев В. В. На японской войне. – М.: Директ-Медиа, 2010.
3. Война и милосердие. – М.: Свято-Димитриевское училище сестер милосердия, 2003.
4. Волков И.К. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В РОССИИ (ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК) // Медицинская сестра. 2009. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sestrinskoe-delo-v-rossii-istoricheskii-ocherk> (дата обращения: 03.04.2024).
5. Геройский подвиг сестры милосердия Елизаветы Бычковой. – М.: Типография «Наше слово», 1914.
6. Гумилев Н. С. Соч. в 3 т. – Т. 1. – М.: Директ-Медиа, 2009.
7. Джабарова, В. Х. Приобщение студентов-медиков к художественной литературе / В. Х. Джабарова, Д. А. Уста-Азизова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2014. — № 21 (80). — С. 629-631. — URL: <https://moluch.ru/archive/80/14580/> (дата обращения: 04.04.2024).
8. Дочь матроса: (Первая в России солдат. Сестра милосердия): Великий подвиг Дарьи Александровой. – М.: Типография Полякова, 1905.
9. Исторической очерк основания и деятельности учреждений комитета «Христианская помощь» Российского Общества Красного Креста. – М.: Типография М. Г. Волчанинова, 1890.
10. Кирьякова М. Сестра милосердия: Драма в 4 д. и 6 карт. – СПб.: Литография Курочкина, 1877.
11. Кукель. Сестра милосердия. – М.: Типография Вильде, 1897.
12. Миркович, Т. Заметка запасной Сестры Милосердия Красного Креста об одной из наиболее важных причин, вредно влияющих на постановку вопроса об уходе за больными и ранеными в России. – СПб., 1910.
13. Михайлов Д. Красный Крест и сестры милосердия в России и за границей. – Пг.; Киев: Книгоиздательство «Сотрудник», 1914.
14. Мятлева Т. Сестра милосердия. – СПб.: Типолитография М. Я. Минкова, 1900.

15. О потребности в сестрах милосердия для ухода за больными. – СПб.: Военная типография, 1872.
16. Правдиковская Е.Н. Образ сестры милосердия в русской литературе конца XIX – начала XX вв // Наука и школа. 2011. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obraz-sestry-miloserdiya-v-russkoy-literature-kontsa-xix-nachala-hh-vv> (дата обращения: 03.04.2024).
17. Палей В. П. Стихотворения / Палей Владимир Павлович – М.: Книга по требованию, 2022. – 107 с.
18. Песни о русской сестре милосердия 1914–1916 гг., собранные Евгением Вильчинским. – Пг., 1917. – (Прил. к № 1 «Вестника Красного Креста», 1917 г.).
19. Помощь Родине (очерки из обороны Севастополя) / Сост. Клавдия Лукашевич. – М.: Дешевые издания товарищества И. Д. Сытина, 1915 г.
20. Сергиенко П. А. Сестра милосердия. – М.: Типография К. Л. Меншова, 1911.
21. Соколов А. А. Сестра милосердия. – СПб.: Типолитография П.И. Шмидта, 1885.
22. Толстой Л. Н. Полн. собр. соч. – Т. 4. – М.: Художественная литература, 1935.
23. Тургенев И. С. Полн. собр. соч. и писем в 30 т. – Т. 10. – М.: Наука, 1982.
24. Шубин Б. М. Доктор А. П. Чехов. – М., 1979. – 160 с.

АЛКОГОЛИЗМ. ИСТОРИЯ БОРЬБЫ С АЛКОГОЛИЗМОМ

Выполнила: Иволгина Лилия Александровна.

Руководитель: Серяпина Светлана Владимировна

Частное образовательное учреждение профессионального образования «Саянский техникум СТЭМИ»

Что такое алкоголизм? Какие причины его появления?

Алкоголизм – многофакторное хроническое заболевание, вызванное систематическим употреблением спиртных напитков. В случаях длительного течения болезнь сопровождается стойкими психическими и соматическими расстройствами. Коварство любого алкоголя состоит в том, что переход привычки употребления спиртных напитков в болезнь многие не замечают. Более того, даже тяжелые алкоголики себя таковыми не считают.

У человека, страдающего алкоголизмом, формируется патологическая тяга к алкоголю, которая может перерасти в психологическую или физическую зависимость.

Под воздействием алкоголя происходит нарушение обмена веществ, развиваются психоневрологические расстройства. Поздние стадии развития алкоголизма могут привести к развитию слабоумия, нарушению функций всех органов, а также к смерти.

Ученые систематизировали и разделили причины следующим образом:

Социальные причины:

1. Постоянное наблюдение за застольями, где распиваются спиртные напитки;
2. Неблагополучная компания или окружающий социум (коллеги, друзья), где спиртное как средство расслабления и в рамках нормы;
3. Необразованность;
4. Низкий социально-бытовой уровень.

Психологические причины:

1. Систематические стрессы и депрессии;
2. Раздражительность;
3. Тревожность;
4. Непонимание с коллегами и родственниками;
5. Ощущение выпадения себя из общества;
6. Трудности в адаптации к меняющимся жизненным условиям;
7. Слабость характера и воли;
8. Поиск удовольствий.

Алкоголь выступает, как отдушина, средство для снятия стресса, которое помогает на время уйти от своих проблем.

Так же отмечу биологические причины: Доказано, что расположенность к алкоголизму может передаваться генетическим путем. Дети, чьи родители чрезмерно злоупотребляли спиртными напитками, более подвержены тому, чтобы стать алкоголиками в зрелом возрасте.

История борьбы с алкоголизмом

Считается, что первый кабак открыл сам Иван Васильевич Грозный. И сделал он это не для всего народа, а только для своих опричников. А дальше – больше. Опричники, оценив работу царя, решили, что нужно открывать кабаки по всей стране.

И это было придумано не для того, чтобы народ спивался, а для пополнения казны. Ведь монополия на торговлю алкоголем была у государства. Интересно, что употреблять алкоголь можно было только в питейных заведениях. На улице не разрешалось употребление алкоголя-наказывали, штрафовали. Если человек попадался не единожды, то такого «гражданина» не жалели-пороли кнутом.

Были люди, которые попадались за «распитием в общественном месте» по несколько раз. Таких уже не жалели. Устраивали порку кнутом.

Государство пыталось бороться с пьяницами, когда количество потребляемого алкоголя превысило допустимые пределы. Например, во время царствования Алексея Михайловича запрещалось злоупотреблять алкогольными напитками, находясь вне кабака.

Когда к власти пришли Романовы, то ситуация перевернулась с ног на голову. Пить не запретили, но теперь нельзя было сидеть в кабаках. Создали «кружечные дворы» — это что-то типа рюмочных, куда можно было быстренько зайти, выпить, и пойти дальше. А не засиживаться с утра и до вечера.

• Для тех кто нарушал закон и сильно напивался, были придуманы методы наказания:

- Штраф – (мог достигать рубля.)
- Сухой закон
- Тюрьма «Бражная» - Именно в ней наказывали пьяниц.
- Сажание в бочку со спиртным – что приводило к печальным последствиям.
- Медаль-гиря от Петра 1 – вес около 12 кг. Носить нужно было от семи дней до полутора лет не снимая.

Как борются с алкоголизмом в наше время?

Все эти методы помогали, но слабо. В наше время есть много методов лечения, а не наказания, как раньше.

По данным ВОЗ ежегодно в стране умирает около 500 тысяч человек от причин, связанных с употреблением алкоголя. Зависимость оказывает разрушительное воздействие на семью больного.

Алкоголик становится агрессивным, конфликтным, неспособным к общению и заботе о близких. Он тратит основную часть времени и денег на выпивку, забывая о своих обязанностях и интересах. Подвергает родных психологическому и физическому насилию, угрожая их жизни и здоровью.

Алкоголь употребляют не только взрослые, по их примеру идут и дети, подростки. Что сильно сказывается на растущем, не окрепшим организмом.

По данным Росстата, в РФ ежегодно происходит примерно 600 тысяч разводов, из которых 40% связаны с пьянством мужа или жены. Кроме того, спиртное является причиной или фактором риска для более 50% случаев домашнего насилия.

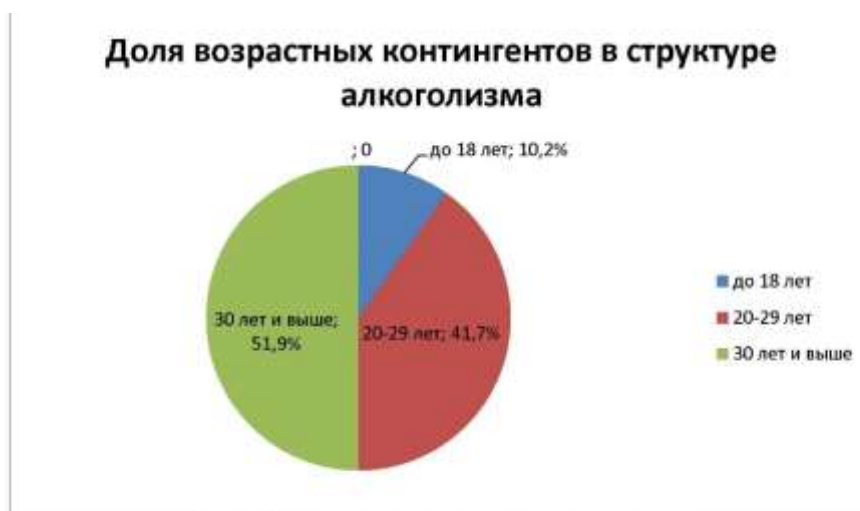


Рисунок 4 - Доля возрастных контингентов в структуре алкоголизма

Что происходит с мозгом при употреблении алкоголя?

От злоупотребления спиртным ухудшается кровоснабжение, происходят массовые мозговые кровоизлияния, нервная ткань дегенерирует, нейроны погибают, не успевая восстанавливаться. Мозг уменьшается в объеме и по массе, словно «мумифицируется».

По результатам исследований известно, сколько клеток мозга убивает 100 грамм алкоголя, в частности, водки. Погибает 8 тысяч нейронов. От 2 бутылок пива поменьше всего 6500.

Какие же есть пути решения проблемы алкоголизма в России? Алкоголизм – это не только медицинская, но и социальная, психологическая, культурная и духовная проблема, которая портит здоровье и жизнь пациента. Но необходимо понимать, что патологическая тяга к спиртному – это не безвыходная ситуация, а вызов, который можно преодолеть с помощью профессиональной помощи, личной воли и общественной поддержки. Алкоголизм – не приговор, а возможность для изменения к лучшему

К счастью, в наше время существует множество способов избавления от алкогольной зависимости

1. Медикаментозная терапия: кодирование (в т. ч. подшивание); нетрадиционное лечение (в т. ч. иглорефлексотерапия и фитотерапия). детоксикация;

2. Не медикаментозная терапия: гипнотерапия; психотерапия; аппаратные методики; групповая терапия; семейная терапия; реабилитация; ресоциализация.

Важно, что бы психолог проработал проблемы не только с пациентом, но и его окружением!

3. Нужно найти альтернативные способы удовлетворения потребностей и интересов (хобби, спорт, образование, работа). Они будут приносить радость и удовольствие без алкоголя.

4. Профилактические способы борьбы с алкоголизмом связаны с предупреждением возникновения и развития зависимости у людей. Для этого проводят различные мероприятия, направленные на повышение осведомленности и информированности граждан о вреде спиртного на формирование у них здорового образа жизни, развитие личностных и социальных навыков, укрепление психического и физического здоровья.

Что необходимо сделать для уменьшения алкоголизма в обществе?

1. Образовательные методы связаны с повышением уровня знаний и компетенций граждан в области профилактики и лечения алкоголизма. Для этого необходимо включать в учебные программы и планы различных уровней и направлений образования темы, связанные со спиртным, его вредом, последствиями, способами борьбы. Нужно просвещать людей с помощью лекций, семинаров, тренингов. Привлекать к образовательной работе различных специалистов, экспертов, деятелей культуры, СМИ. Образование по вопросам зависимости должно быть доступным, интересным и практическим для всех групп населения.

2. Законодательные способы борьбы с зависимостью в России связаны с принятием и исполнением законов и нормативных актов, направленных на регулирование производства, продажи и потребления спиртного в стране.

3. Вовремя обратиться за медицинской помощью и пройти полный курс лечения, чтобы минимизировать вероятность рецидива.

Список используемых источников

1. Научная литература:
 - «История пьянства и алкоголизма в России» Б. А. Никитюк, Я. Т. Никитюк.
 - «Алкогольная политика российского государства в условиях общественных модернизаций» А. В. Немцов.
 - «Наркология: национальное руководство» под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой.
2. Электронные ресурсы:
 - Федеральная служба государственной статистики — официальный сайт, где можно найти статистические данные о потреблении алкоголя в России.
 - Министерство здравоохранения Российской Федерации — официальный сайт, где публикуются новости и информация о борьбе с алкоголизмом.
 - Всемирная организация здравоохранения — официальный сайт, где можно найти информацию о вреде алкоголя и мерах по борьбе с алкоголизмом

ИСТОРИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АЛКОГОЛИЗМА

*Катюкова Арина Денисовна,
Иванова Дарья Николаевна,
Сидорова Анастасия Александровна
Руководитель: к. ф. н., Югова Светлана Анатольевна*

Актуальность темы данной работы обусловлена тем, что в современном обществе многие люди употребляют алкогольные напитки, не думая об их влиянии на свое здоровье. Большинство молодых людей считают, что спиртное придает им настроение и позволяет отвлечься от плохих мыслей. Общество, в котором присутствуют алкоголики, разрушается изнутри. Все здравомыслящие люди понимают необходимость выступления против алкоголизма. Нужно знать историю этой негативной привычки, чтобы лучше разобраться в способах ее преодоления.

Проблема заключается в том, что алкоголь негативно влияет на здоровье человека и разрушает его. Появляются заболевания внутренних органов и психики.

Целью работы является анализ исторического взгляда на проблему алкоголизма.

В процессе приближения к цели встают следующие задачи:

- понять историю алкоголизма;
- разобрать **Ошибка! Закладка не определена.**;
- осмыслить проблему алкоголизма в новое и новейшее время;
- проанализировать взаимосвязь алкоголизма и здоровья человека;
- изучить стадии алкоголизма;
- понять влияние алкоголя на внутренние органы человека;
- разобрать психические и социальные проблемы, возникающие из-за алкоголизма;
- **иОшибка! Закладка не определена.**
- найти пути выхода из ситуации и решение проблемы алкоголизма в современном обществе.

Объектом исследования является исторический взгляд на проблему алкоголизма, а **предметом** – история алкоголизма в античности, средние века, новое и новейшее время.

При анализе источников и литературы были использованы следующие **методы и подходы**:

– конфликтологический подход, концентрирующий свое внимание на столкновение противоречий в мышлении людей, принимающих алкоголь и разных точек зрения исследователей по этому вопросу.

– проблемно–хронологический подход, позволяющий оценить явление во времени и пространстве, требующий понимания усиления негативного влияния алкоголя на здоровье человека, принимающего спиртные напитки на протяжении многих лет;

В исследовании использовались такие методы, как отбор, сравнение, анализ.

На протяжении истории многие исследователи изучали, что такое алкоголь и как можно дойти до стадии алкоголизма. Еще в Древней Греции люди осуждали пьянство и пороки людей. Это отражено в мифах.

Появление алкоголя в конце средневековья можно связать с несколькими факторами. Во-первых, жажда – естественная потребность организма в употреблении жидкости, и алкоголь мог удовлетворить эту потребность во времена, когда вода была загрязнена и содержала инфекции. Таким образом, люди предпочитали алкоголь, чтобы снизить риск заражения[5.С. 101].

Чистый спирт был получен арабами в начале VII века, а также в западной Европе начали изготавливать крепкий алкоголь путем возгонки вина. Само слово означало «одурманивающий». Легенда гласит: впервые приготовил и выпил такой напиток монах-алхимик Валентиус. Протрезвев после сильного алкогольного опьянения, он заявил, что открыл чудесное средство, которое делает из старика юношу и прибавляет бодрости и сил. Можно сказать, что именно с этого момента начинается активное распространение алкоголя по остальным странам.

Этот напиток также играл важную роль в политических и дипломатических встречах Средних веков. Встречи королей и других высокопоставленных лиц, подписание договоров и обсуждение важных планов часто сопровождалось алкоголем. История запомнила случаи, когда употребление алкоголя становилось инструментом воздействия на решения и принятие снисхождения со стороны власти. В частности, польский король Болеслав Храбрый поил людей, чтобы выиграть их благосклонность и получить привилегии для своих знакомых. Казимир Справедливый устраивал встречи с использованием алкоголя, чтобы получить информацию, слухи и мнения от своего окружения[7.С. 198].

Однако следует отметить, во многих случаях употребление алкоголя приводило к дракам и аморальному поведению. Атмосфера пьянства часто сопровождалась публичными домами, что только усугубляло негативные последствия от его распития. Правила и запреты, введенные в церкви с целью прекратить продажу алкоголя, оказывали мало эффекта и не способствовали решению данной проблемы.

В северной Европе производили пиво, в Средиземноморье – вино. С увеличением спроса на алкоголь, его производство перемещается в специальные цеха. Алкоголь становится средством заработка. Чтобы открыть такой цех, нужно было разрешения короля. Из-за производства спиртного часто возникали конфликты.

В 1378 в Гданьске крестоносцы, захватившие крупный порт Балтики, запретили производство пива в городе и окраине. Производители пива подняли бунт, который перерос в настоящую войну. Протестующие захватили здание ратуши и центр города. Восстание подавили, зачинщиков повесили, но запрет на производство спиртных напитков сняли[11.С. 14].

Знать, как правило, употребляла алкоголь дома, организовывая застолье. Средний класс обычно посещал таверны, бедняки – пивнушки, которые в Англии назывались «alehouse». Английский историк Петер Кларк посчитал, что у него на родине в 1577 было аж 24 тысячи пивнушек, «по одной на 142 человека». Со временем некоторые таверны стали сооружать за стенами крепости: рискованно, зато не нужно было платить налоги.

В городах по пивнушкам и трактирам ходили городские стражи: проверяли всё ли в порядке, а также забирали тех, кто уже спал или лежал на полу. Сидеть до утра в таверне также нельзя было: в установленное в городе время хозяин заведения звонил в звонок, гости должны были покинуть заведение. Естественно, напоследок можно было взять с собой. Не было денег – не проблема, можно взять в долг.

Часть спиртных напитков производили на заказ для знати или трактиров. При дворе баронов и графов, и тем более королей были две должности: стольник и чашник. Первый отвечал за подачу продуктов и питья к столу, второй – за учёт алкоголя и других напитков в погребах, а также поиск производителей, чтобы удовлетворить вкусам своего господина и его гостей.

В новое время исследователи осуждали алкоголизм и считали его страшным пороком. Это особенно ярко прослеживается в конце XIX века, когда прошли реформы С.Ю. Витте. Государство установило винную монополию.

И.Г. Прыжкий изучал историю алкоголя в России, отмечая склонность русского человека к употреблению спиртных напитков. Восточные славяне, проживающие на территории нашей страны, изготавливали дома спиртной напиток из меда, а в Киевской Руси было подобие кабаков. Отучить русского человека от алкоголя сложно из-за традиций и обычаев [2.С. 58].

Врачи тоже не остались равнодушными к проблеме алкоголизма. Н.И. Григорьев призывал к агитационной борьбе против такой вредной привычки, как пьянство и к пропаганде здорового образа жизни.

Такие взгляды поддержал врач А.М. Коровин, который писал о необходимости объединения людей с высокой гражданской позицией, понимающих вред алкоголя на общество. Нужны организации, занимающиеся этой проблемой. Алкоголиков необходимо не только лечить, но и призывать к общественно полезным занятиям. Возможно, люди пьют из-за безделья и сосредоточенности на своих проблемах. Нужна помощь общественных агитаторов. Желательно заинтересовать алкоголиков. Каждый из них должен иметь интересное дело [1.С. 23].

В начале XX века в нашей стране появились антиправительственные настроения. Многие противники алкоголизма обвиняли Николая II и его сторонников в том, что в России много пьющих людей. Нужно силовыми методами навести порядок, запретив продажу алкоголя. В стране нет организаций, борющихся с пьянством. Вопрос об ограничении продажи алкоголя не контролируется. Об этом писал ученый-правовед И.Х.Озеров, который по происхождению был крестьянином. Он отмечал, что в его семье никогда не пили, и он сам не употребляет алкоголь. Дело не в традициях, а в том, что алкоголь находится в свободной продаже и это, с точки зрения права, неправильно. Наносится вред обществу.

С.А. Первушин поддержал такую точку зрения. Ученый писал, что традиции не играют большой роли. Если им верить, то пить алкоголь должны крестьяне. Результаты исследований показывают, что люди больше пьют в городах, где имеется возможность купить алкоголь. Нужно ограничить его продажу и поднять цены. Спиртное не является товаром первой необходимости. Если цены на него будут высокие, граждане призадумаются, стоит ли им продолжать покупать хмельные напитки. Винно-водочная продукция, наносящая вред здоровью граждан и стабильности общества, должна быть под контролем государства.

В предыдущем столетии на территории нашей страны был социализм. В Советском Союзе скрывали проблему алкоголизма. В прессе прославлялся сильный, смелый, честный и трудолюбивый советский человек. С алкоголиками работали на производстве.

А.В. Никишин пишет о том, что в сталинский период пьянства почти не было. Это можно объяснить тоталитарным режимом и тем, что граждане жили очень бедно. Им с трудом хватало на хлеб. Алкоголь, как продукт не первой необходимости, вообще не присутствовал в потребительской корзине. Хотя в военное время были заложены основы потребления алкоголя в нашей стране. На фронте не было обезболивающих препаратов, поэтому часто перед операцией солдатам давали выпить водку вместо обезболивающего [9.С. 503].

Во времена брежневского застоя были созданы бригады, в которых в обязательном порядке были активисты, середнячки и алкоголики. С последними велась сильная агитационная работа. Их разбирали на комсомольских и коммунистических собраниях, лишали премии, стыдили и т.д. Алкоголики высмеиваются в кинокомедиях. Например, это делал режиссер Леонид Гайдар («Операция «ы» и другие приключения Шурика») [14.С. 137].

Э. Ф. Вагнер и Х. Б. Уолдрон пишут о том, что алкогольная зависимость прослеживается и у некоторых подростков. Это приводит к увеличению преступности и деградации молодого поколения. Такая ситуация может привести к тому, что в европейских странах не будет защитников родины и законопослушных граждан, работающих на благо государства и выплачивающих налоги. Будут рождаться поколения больных людей. Допустимо, что алкоголь может привести к олигофрении [1.С. 207].

Среди студентов Барнаульского базового медицинского колледжа было проведено анкетирование по теме «Исторический взгляд на проблему алкоголизма». После этого проводилось исследование проблемы путем анализа полученных результатов.

Группа респондентов – студенты ББМК очной и очно-заочной форм обучения. Численный состав – 108 человек, из них 54 человека – юноши, 54 – девушки. Специально был осуществлен поиск одинакового количества респондентов по полу, так как первоначально преобладало количество опрошенных девушек. Юношей, желающих поучаствовать в опросе, нашли на отделении «Стоматология ортопедическая».

Респонденты являются обучающимися отделений «Стоматология ортопедическая», «Медико-профилактическое дело», «Лабораторная диагностика», «Сестринское дело очно-заочная форма обучения», «Фармация очно-заочная форма обучения».

По результатам опроса можно сделать следующие выводы:

1. В основном все опрошенные не знали, что Древней Греции люди сочиняли легенды про алкоголь, а на каменной плите, найденной в Египте, была надпись «Не погуби себя, когда сидишь в пивной, не теряй разума и не забывай своих клятв...». (69% девушек и 80 юношей). Это говорит о том, что вопрос слишком специфический и требует большой начитки материала. Лишь 16 % девушек и 7 % юношей знают на него ответ. Возможно, это люди, интересующиеся историей и философией.

2. По результатам опроса видно, что в основном студенты понимают, что в средние века пили только крестьяне. На вопрос «Согласны ли вы с тем, что в средние века пили только крестьяне?» положительно ответили 63% девушек и 85% юношей. Возможно, у крестьян портились ягоды, компоты, варенья, которые было жалко выбрасывать. Крестьяне стали употреблять испорченные смеси и заметили прилив настроения, который дает алкоголь. В то же время ребята считают алкоголь настолько вредной привычкой, что социальное расслоение не играет большой роли. Пили как в замках, так и в хижинах. Так считает 20% девушек и 9% юношей.

3. На вопрос «Знаете ли вы о том, что в начале XX века люди боролись с алкоголизмом через указы царя?» большинство пишет, что не знает (65 % юношей и 85 % девушек). Респонденты из разных групп еще раз подтверждают мнение, что юноши более компетентные в теме алкоголизма и более догадливые. Они понимают, что такую вредную привычку, как алкоголизм было невозможно искоренить без указов властей, но и эти меры были неэффективны.

4. При ответе на вопрос об употреблении алкоголя в основном все студенты ответили, что иногда употребляют алкоголь. Количество юношей оказалось немного больше чем девушек (86% юношей и 76 % девушек). Регулярно употребляю алкоголь 9 % юношей и 4% девушек. Можно предположить, что организм девушек более слабый в физическом плане, чем у юношей и поэтому не все могут даже на праздниках пить алкогольные напитки.

5. 20 % девушек вообще не пьют. Это в пять раз больше, чем количество опрошенных юношей. Такие значительные цифры можно объяснить тем, что девушки заняты учебой и реализуют себя в общественной жизни, как и опрошенные юноши. Возможно, употребление спиртных напитков не принято в семье.

6. При ответе на вопрос «Как алкоголь в больших дозах влияет на организм человека?» в основном все студенты ответили «негативно». Это 94% девушек и 87 % юношей. Являясь медицинскими работниками, ребята достаточно хорошо понимают негативное влияние алкоголя на организм человека.

Среди двух групп опрошенных нет тех, кто видит положительное влияние алкоголя на организм человека. Хотя нашлись и равнодушные к этой проблеме. Среди юношей их оказалось почти вдвое больше, чем среди девушек.

7. При ответе на вопрос об употреблении алкоголя родителями большинство ответили, что родители не пьют (76 % юношей и 71 % девушек). Употребляют спиртные напитки регулярно лишь родители небольшого числа студентов (7% девушек и 6% юношей). Без сомнения можно сказать, что обучение детей в колледже требует от родителей вложения материальных и духовных ресурсов, что не позволяет большинству тратить свои деньги и духовные силы на употребление спиртных напитков. Решениями проблемы является обращение в центры, которые могут помочь и оказать услуги по борьбе с алкоголизмом, работа с психологом, пропаганда здорового образа жизни.

Планируется в дальнейшем продолжить исследование по проблеме исторического взгляда на проблему алкоголизма среди студентов ББМК, провести беседы в группах или предложить материалы научно-исследовательской работы для обсуждения на классных часах с целью переубедить тех студентов, которые употребляют алкоголь в том, что это делать не нужно.

Список использованных источников

1. Богомолова, Р. Т. Алкоголизм можно и нужно победить / Р.Т. Богомолова. - М.: АНС, 2019. - 240 с.
2. Бородкин, Ю. С. Алкоголизм: Причины, следствия, профилактика / Ю.С. Бородкин, Т.И. Грекова. – М.: Наука. Ленинградское Отделение, 2018.–160 с.
3. Галанкин, Л. Н. Алкогольный делириозный шок / Л.Н. Галанкин, Г.А. Ливанов, В.В. Буров. – М.: Санкт-Петербург, 2018.– 216 с.
4. Денисевич, С. А. Секреты опохмела / С.А. Денисевич. - М.: Феникс, 2019. - 320 с.
5. Дроздов, Э. С. Алкоголизм. 100 вопросов и ответов / Э.С. Дроздов, Е.И. Зенченко. - М.: Советская Россия, 2020. - 160 с.
6. Ирбулдина, Л. Ю. Как просто скатиться на дно / Л. Ю. Ирбулдина // Читаем, учимся, играем. – 2017. № 10. – С. 101-106.
7. Лисицын, Ю. П. Алкоголизм / Ю.П. Лисицын, Н. Я Копыт. - Москва: СПб. [и др.] : Питер, 2022. - 264 с.
8. Моисеев, В. С. Алкоголь и болезни сердца: [руководство для врачей] / В. С. Моисеев, А. А. Шелепин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 162 с.
9. Новикова Г. Актуальные проблемы пивной алкоголизации подростков / Новикова Галина, Любовь Новикова und Николай Ишеков. - М.: LAP LambertAcademicPublishing, 2019. - 790 с.
10. Познышев, С.В. Алкоголизм, как фактор преступности: моногр. / С.В. Познышев. - Москва: СИНТЕГ, 2019. - 814 с.
11. Смирнова, Г. Пить или не пить - быть или не быть... / Г. Смирнова. - М.: Феникс, 2018. - 195 с.
12. Стрельчук, И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем / И.В. Стрельчук. – М.: Медицина, 2019.–332 с.
13. Шихирев, П. Н. Жить без алкоголя? / П.Н. Шихирев. - М.: Наука, 2018. - 160 с.
14. Шмельков Л. В. Отечественная историография пьянства и алкоголизма пореформенной России до революционного периода // Актуальные исследования. 2020. №10 (13). Ч.1. С. 136–139.

КАК НАРКОТИКИ ВЛИЯЮТ НА НАШ ОРГАНИЗМ

*Квитко Екатерина Дмитриевна,
Руководитель: Серяпина Светлана Владимировна,
ЧОУ ПО СТЭМИ «Саянский техникум СТЭМИ»*

Действие наркотиков на организм

Человек, употребляющий наркотики, деградирует умственно и физически. Современные наркотики оказывают специфическое действие в первую очередь на нервную систему и, конечно же, на весь организм человека. Это действие заключается в развитии особого состояния наркотического опьянения. При этом снимаются болевые ощущения, меняется настроение, психический и физический тонус. Появляется чувство лёгкости, безмятежности, эйфория, сосредоточенность на собственных нереальных ощущениях, беззаботности.

Наркомана можно распознать по симптомам:

- кашель (раздражение слизистой)
- сухость во рту (требуется постоянное употребление жидкости)
- рассеянный взгляд, покрасневшие белки глаз (**важный признак!** Люди употребляющие наркотики знают об этом симптоме, поэтому у них всегда с собой сосудосуживающие капли для глаз)
- нарушение координации движения
- возникновение дефектов речи (заторможенность, эффект онемения языка)
- заторможенность мышления (до человека медленно доходит услышанное)
- неподвижность, застывание в одной позе при полном молчании (при приёме большой дозы вещества наркоман в таком состоянии может находиться 20-30 минут)
- бледность и желтизна лица
- учащённый пульс
- приступы смеха (безосновательное веселье, хихиканье).

Влияние наркотиков на дыхание

Глубина и частота дыхания регулируются потребностями организма. В механизмах регуляции участвуют хеморецепторы, возбуждающиеся углекислым газом. Если концентрация углекислого газа повышается, то эти рецепторы возбуждаются, а от них возбуждение по нервам передается в дыхательный центр. Дыхательный центр повышает глубину и частоту дыханий. Так бывает в норме.

Наркотики "анальгезируют" хеморецепторы, вследствие этого при накоплении углекислого газа эти рецепторы до нормального уровня не возбуждаются. Неизбежно снижается, а затем и угнетается активность дыхательного центра. Наркоман уже никогда не сможет дышать досыта. Он обрекает себя на пожизненное кислородное голодание (гипоксию). Наркоманы также чаще всего умирают от остановки дыхания при случайной передозировке наркотиков. Смерть наступает уже через 5 минут после внутривенного введения наркотика. Помощь обычно не могут и не успевают оказать. **Человек, выбирающий наркотический кайф, обрекает себя на медленное самоубийство.**

Влияние наркотиков на кашель

Кашель - это защитная, полезная для жизни реакция. Возникает кашель тогда, когда в дыхательных путях возникают препятствия для прохождения воздуха. Это чаще всего мокрота и слизь, образующиеся в легких, или инородные тела, слюна попадающие из полости рта. Кашлем толчком препятствия для воздуха устраняются. Из легких с мокротой удаляются микробы, гной, погибшие клетки. Наркотики снижают возбудимость кашлевого центра. Раньше широко использовали средства от кашля, содержащие наркотики, особенно кодеин. Человек, начавший принимать наркотики, отключает защитный механизм кашля. Даже при простуде кашля не возникает. В легких наркомана накапливаются мокрота, слизь, грязь, гной, компоненты дыма, пыль из воздуха. Наркоман превращает свои легкие в переполненную плевательницу. Не может отхаркнуть наружу, а значит плюет в самого себя, во внутреннее пространство своих легких. Мокрота разлагается, микробы размножаются.

Наркоман на всю оставшуюся жизнь превращает свои собственные легкие в урну с грязными плевками.

Влияние наркотиков на сердечно-сосудистую систему

Значение сердца и сосудов всем хорошо известно. Эти органы обеспечивают доставку в ткани всех необходимых им веществ и удаление из тканей "отходов". Наркотики способствуют угнетению сосудодвигательного центра, а вследствие этого снижению кровяного давления и замедлению пульса. По этой причине в организме наркомана всегда возникает снижение функций сердечно-сосудистой системы, уменьшается снабжение клеток необходимыми им веществами, а также "очистка" клеток и тканей. Функции всех клеток слабеют, они и весь организм дряхлеют, как в глубокой старости. Наркоман уже не может развить достаточно больших усилий, справляться с привычным объемом работы.

Влияние наркотиков на систему пищеварения

Пища необходима для жизни. С пищей поступают "строительные материалы", "энергоносители", регуляторы и множество важных веществ. В регуляции пищеварения также принимают участие нервно-рефлекторные механизмы. Наркотики угнетают механизмы регуляции пищеварения. У наркоманов уменьшаются все вкусовые и обонятельные ощущения. Они уже не могут в полной мере получать удовольствия от пищи. Снижается аппетит. Уменьшается выработка ферментов, желчи, желудочного и кишечного соков. Пища не в полной мере переваривается и усваивается. Наркоман обрекает себя на хроническое голодание. Обычно наркоманы имеют дефицит веса. Наркотики вызывают спазм гладкомышечных сфинктеров кишечника. В результате этого задерживается переход каловых масс из одного отдела в другой. Возникают запоры на 5-10 дней. Каловые массы задерживаются в кишечнике на 10 дней. Процессы гниения и разложения в кишечнике все время продолжают. Образующиеся токсины всасываются в кровь и разносятся по всему организму, повреждают клетки, вызывают их старение и гибель. У наркоманов всегда плохой цвет и запах кожи. В палатах с наркоманами стоит неприятный специфический запах. Все наркоманы имеют запоры, но до их ума не доходит, что они превращают свой кишечник в не промываемый унитаз, который носят в себе пока наслаждаются наркотиками. Почему же они не думают о последствиях?

Влияние наркотиков на половую систему

По многим механизмам при наркоманиях угнетаются половые потребности и возможности. Врачи гинекологи отмечают, что у девушек-наркоманок быстро развиваются атрофические процессы в наружных и внутренних половых органах. По состоянию половой сферы эти девушки напоминают старушек. У наркоманов обычно не бывает детей, часто рождаются дети с уродствами. При приеме наркотиков снижаются все виды обмена веществ, температура тела, иммунитет и все функции организма. Наркоманы очень часто заражаются гепатитом и ВИЧ.

К примеру, возьмем кокаин: он увеличивает длительность акта, делает получаемые ощущения более яркими и приятными. Однако он мешает наступлению оргазма. Из-за этого сексуальная активность затягивается и сопровождается негативными эмоциями. Этот наркотик очень сильно вредит женскому организму. Из-за него развиваются множественные эндокринные патологии. У мужчин вызывает импотенцию. То есть, поначалу кокаин усиливает возбуждение, а потом, наоборот, препятствует его возникновению.

Влияние наркотиков на нервную систему

Химические вещества, регулярно употребляемые больным человеком, могут быть ошибочно приняты организмом в качестве необходимых гормонов и нейромедиаторов. Итак, возникает **ложная эйфория** (в нормальном состоянии человека рецепторы нервной системы получают эндорфины - гормоны радости. Человеческий мозг вырабатывает их по сигналу поощрения после поступков или событий, которые произошли в жизни человека. Героин, метадон и кодеин могут **подменять** гормоны радости). С течением времени мозг привыкает к легкому способу получения удовольствия, переставая самостоятельно вырабатывать гормоны удовольствия. Следующее, **галлюцинации** (прием многих наркотиков так влияет на организм, что вызывает галлюцинации, искажая и подменяя сигналы, поступающие от органов чувств, при этом, связь с окружающей действительностью разрывается. **Нарушения сна** (кокаин и амфетамины развивают бессонницу. Человек может

находиться без ночного и дневного отдыха по несколько дней, в результате чего, истощаются энергетические ресурсы организма, появляется синдром хронической усталости. **Склонность к самоубийству** (к этим мыслям человека приводит депрессия, панические атаки, развивающиеся в период галлюцинаций. На серьезных стадиях зависимости наркоман может прийти к мнению о том, что жизнь с зависимостью, которая лишила его счастья, не нужна.

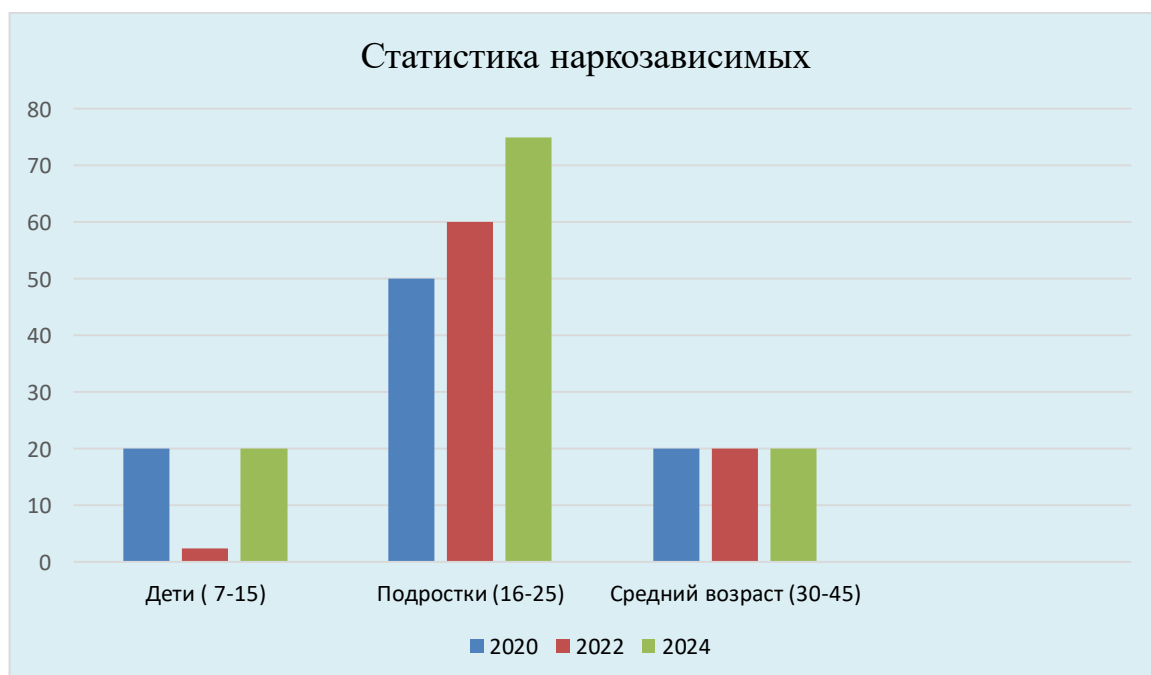
Интересные факты о наркотиках

1. Алкоголь – самый широко используемый наркотик. Подобно любому другому наркотику, он отравляет организм. Он сжигает витамины в вашем организме, и вы чувствуете себя уставшим или больным после его принятия. Это является причиной «похмелья»

2. Мед с кокаином. Почти 40 лет назад на перуанской таможне произошел удивительный случай. Была остановлена попытка транспортировки меда с кокаином, причем это была не контрабанда. Все дело в том, что мед был из Эквадора, а собирали его пчелы на плантациях коки!

3. Конопля используется как галлюциноген более двух тысяч лет. При созревании, ее листья выделяют смолу с сильным запахом, в которой содержатся каннабиоиды (психоактивные вещества), и самый активный из них — дельта-9-тетрагидроканнабинол — воздействует на разум, вызывая чувство эйфории. Куря коноплю (марихуану), человек обычно вдыхает больше дыма и дольше задерживает его по сравнению с обычным сигаретным дымом, серьезно повреждая легкие. Организм получает в пять раз больше химических веществ, чем содержится в сигарете.

4. Наркотики остаются в организме годами после употребления. Большинство наркотиков откладывается в жирах организма и может оставаться там годами.



Список использованной литературы

1. Статистика наркомании в России за 2021 и 2022 год <https://nonarko.info/statistika-narkomanii-v-rossii-za-2021-god/>
2. Наркозависимое население РФ: реальная статистика <https://kas.clinic/blog/narkomaniya-v-rossii/>
3. Кукес, В. Г. Клиническая фармакология и фармакотерапия: учебник / Под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева. - 3-е изд., доп. и перераб. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 832 с.
4. Фармакология. Учебник Аляутдин Р.Н. <https://www.geotar.ru/lots/NF0019652.html>

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК СРЕДСТВО БОРЬБЫ ОТ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ И НИЗКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

*Кириллова Анна Михайловна,
Руководитель: Тимофеева Ирина Сергеевна,
Искитимский филиал ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж»*

Актуальность темы исследования. Современные люди сталкиваются с комплексной проблемой, включающей в себя переутомление и низкую работоспособность. К тому же человек испытывает стресс из-за постоянного информационного потока. При повседневной учебе, зачетах, экзаменационных сессиях, учебных и производственных практиках, при выполнении большого объема работы, студенты испытывают переутомление и как следствие снижение работоспособности. Мало кто задумывается о том, что последствия могут привести к серьёзным заболеваниям, ведь человеческие ресурсы, как и любые ресурсы, могут закончиться.

Проблема переутомления и низкой работоспособности в значительной мере влияет на все сферы деятельности человека. Невозможность сконцентрировать внимание на поставленных задачах препятствует их выполнению.

Во избежание переутомления, отличным способом снять напряжение станут занятия физической культурой, которая комплексно влияет на все системы организма.

Цель исследования: выявление роли физической культуры как средства борьбы от переутомления и низкой работоспособности.

Для реализации поставленной цели ставились следующие задачи:

1. Рассмотреть сущность понятий «переутомление» и «работоспособность».
2. Изучить литературу и интернет ресурсы, выяснить влияние физической культуры на организм человека.
3. Разработать анкету и провести анкетирование студентов Искитимского филиала ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж».
4. Проанализировать результаты.
5. Сделать выводы по полученным результатам.

Методы исследования – теоретические: анализ, синтез, сравнение. Практические (эмпирические) методы: анкетирование. Анализ полученных результатов путем статистической обработки.

Основной причиной для возникновения переутомления служит несоответствие продолжительности и тяжести работы и времени отдыха. Переутомление представляет собой состояние истощения организма, вызванное чрезмерной физической и психологической нагрузкой. Длительное состояние переутомления может негативно повлиять на организм.

Переутомление – это состояние, возникающее вследствие долгого отсутствия отдыха организма.

Выявление переутомления и его признаков играют важную роль в поддержании здоровья и профилактике серьезных заболеваний.

Признаки переутомления: боли в мышцах и суставах, снижение работоспособности, снижение иммунитета, головные боли, нарушение сна, бессонница, повышенная раздражительность.

Выделяют следующие виды переутомления:

- умственное – нарушение памяти, снижение концентрации, расстройства аппетита, бессонница, стабильно плохое настроение;

- нервное – усталость и разбитость после событий, вызвавших сильный стресс и череду неприятных ощущений;

- эмоциональное – «выгорание», не позволяющее человеку тратить свои душевные силы на радость, грусть и раскрытие других эмоций.

- физическое – чувство усталости, плохое общее самочувствие, общий дискомфорт, нарушение сна, нестабильность настроения.

Не смотря на различие причин возникновения переутомления, последствия остаются одинаковыми для любого из видов.

Переутомление негативно сказывается на всех сферах жизни человека, вбирает в себя радостное настроение, состояние покоя и желание чем-то заняться, портит рабочий процесс и личную жизнь. Перегрузки организма приводят к хронической усталости, проблемам со сном (бессонница), снижению активности, к ухудшению хронических заболеваний и функций организма. [2]

Работоспособность – способность человека выполнять максимально возможное количество работы на протяжении заданного времени и с определенной эффективностью.

Таким образом, можно сделать вывод, что переутомление – это такое физиологическое состояние организма, которое проявляется временным снижением работоспособности.

Физические упражнения являются лучшим «лекарством» от переутомления и средством повышения работоспособности. Импульсы от опорно-двигательного аппарата резко повышают тонус клеток коры головного мозга за счет улучшения в них обменных процессов. Одновременно существенно возрастает выброс в кровь гормонов эндокринными железами, что также усиливает обменные процессы во всех органах. Наконец, при активной работе мышц улучшается кровообращение, а с ним - дыхание, работа печени и почек по выведению из крови токсичных шлаков, которые угнетающе действуют на нервные клетки.

При занятиях физической культурой:

1. Улучшается кровообращение и обмен веществ, что способствует быстрому восстановлению организма после физических нагрузок.

2. Улучшается сон, что также способствует восстановлению организма.

3. Снимается напряжение и улучшается настроение, что особенно важно при переутомлении.

Наиболее эффективным способом профилактики и лечением переутомления и низкой работоспособности будет являться физическая культура. Первоначально необходимо начать заниматься утренней гимнастикой, которая ускорит переход организма в бодрое, рабочее состояние. Кроме гимнастики, в течение дня необходимо делать перерывы для короткой разминки. Она выполняется в течении 5 минут и состоит из упражнений направленных на растяжение мышц (наклоны головы, туловища, круговые вращения кистей и стоп и т.д.). Эта физическая нагрузка необходима для тех, кто длительное время находится в сидячем положении (на работе, во время учебы). За счет смены вида деятельности и небольшой двигательной активности будет наблюдаться эффект восстановления работоспособности.

Кроме физической культуры, в свободное от работы и учебы время важную роль играют физические упражнения. Они повышают уровень выносливости организма, благоприятно влияют на развитие иммунитета, а также повышают работоспособность. Как правило для этих целей применяются физические нагрузки циклического характера: бег, плавание, ходьба на лыжах.

В целом, для борьбы с переутомлением необходим комплексный подход, который включает занятия физической культурой, правильное питание и отдых. Важно слушать свое тело и не перегружать его, чтобы избежать развития переутомления.

В опросе «Выявление роли физической культуры и спорта в жизни студента» приняли участие 20 студентов второго курса, обучающихся по специальности «Сестринское дело» Искитимского филиала ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж», в возрасте от 17 до 19 лет, из них 15 девушек и 5 юношей.

По данным исследования регулярно физической активностью занимаются 80% опрошенных. На рис. 1 представлены результаты опроса (в % от числа опрошенных).

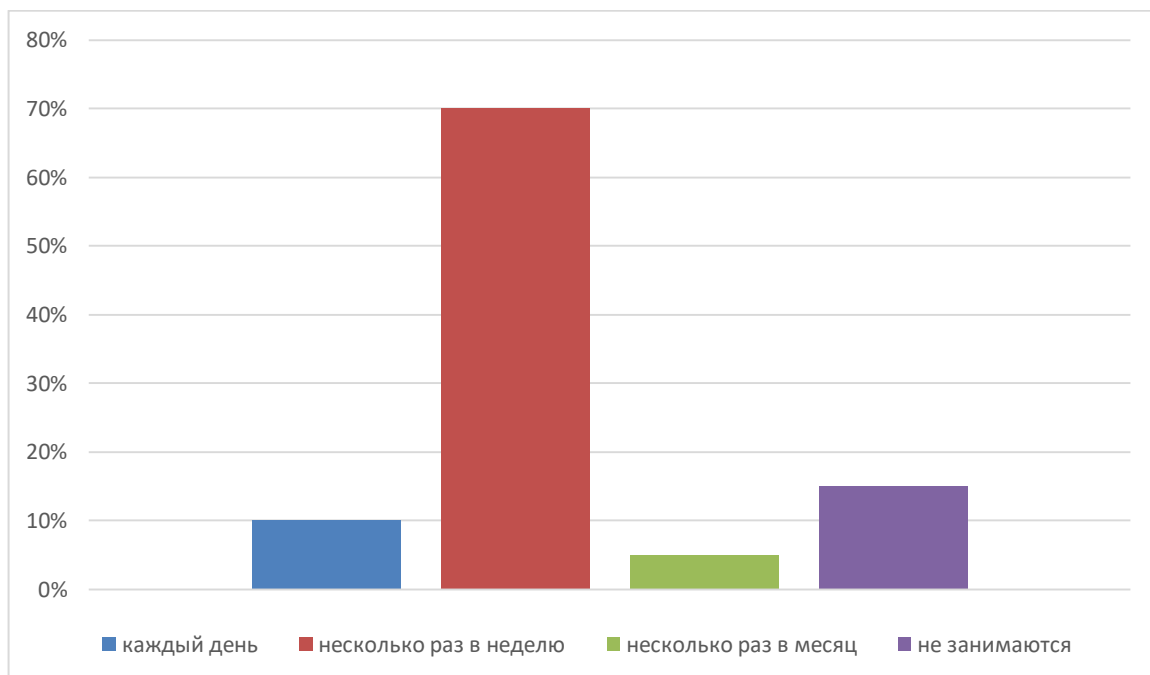


Рисунок 1 – Частота занятий физической активностью студентов

Наиболее популярны среди студентов такие виды спорта как волейбол, футбол, легкая атлетика.

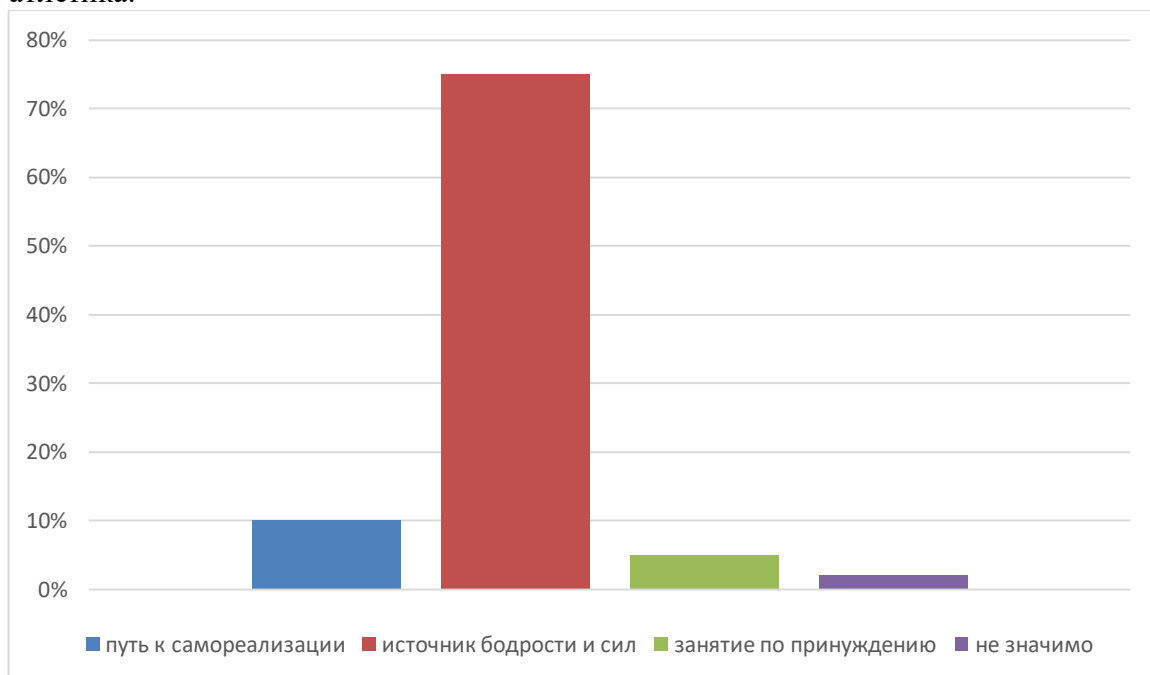


Рисунок 2 – Значение физической культуры в жизни студентов

Большинство из числа обследованных студентов замечают, что после физической активности они чувствуют себя более энергичными и бодрыми. На рис. 2 представлено значение физических нагрузок в жизни студентов (в % от числа опрошенных).

По данным проведенного анкетирования 90% опрошенных считают, что регулярная физическая активность повышает выносливость и улучшает работоспособность.

По результатам исследования можно сделать выводы о том, что физическая культура – это отличное средство борьбы с переутомлением. Занятия физкультурой очень важны для человека. Они способствуют улучшению обмена веществ и кровообращения, укрепляют сердце, сосуды, мышцы, повышают газообмен в легких, избавляют от многих болезней, положительно влияют на психоэмоциональную сферу, делают человека стройным и красивым, помогают нам всегда быть активными, работоспособными, сохранять интерес к жизни.

Способность человека эффективно работать и учиться напрямую зависит от его физического и психологического состояния.

Список использованных источников

1. Воронов Д. Р., Демчук Е. Е. Физическая активность в повседневной жизни: преимущества и рекомендации // Научные высказывания. – 2023. – №10 (34). – С. 44-46. URL:

https://nvjournal.ru/article/Fizicheskaja_aktivnost_v_povsednevnoj_zhizni_preimuschestva_i_rekomendatsii (дата обращения: 15.05.2024)

2. Сангадиев Б. Г. Физическая культура как средство от переутомления и низкой работоспособности / Б. Г. Сангадиев, Т. Ю. Донцова, А. В. Попова, О. А. Лизандер // Форум молодых ученых. — 2022. — № 1 (65). — С. 206-209. URL: <https://sciup.org/forum-nauka/2022-1-65> (дата обращения: 16.05.2024)

3. Стратович А. С., Сметанин А. Г. Физическая культура как средство борьбы от переутомления и низкой работоспособности // Актуальные исследования. – 2020. – №10 (13). Ч.II. – С. 150-153. URL: <https://apni.ru/article/803-fizicheskaya-kultura-kak-sredstvo-borbi> (дата обращения: 15.05.2024)

4. Физкультурно-спортивные методы: как улучшить умственную и физическую работоспособность // Научные Статьи.Ру — портал для студентов и аспирантов. — Дата последнего обновления статьи: 29.09.2023. — URL: <https://nauchniestati.ru/spravka/fizkulturno-sportivnye-tehnologii-povysheniya-umstvennoj-i-fizicheskoj-rabotosposobnosti/> (дата обращения: 16.05.2024).

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

*Кондрацкая Арина Максимовна,
Руководитель: Иванова Наталья Владимировна,
ЧОУ ПО “Саянский техникум СТЭМИ”*

Язык как средство общения возник и существует, прежде всего, как звуковой язык и владение его звуковым строем (наличие произносительных навыков) является обязательным условием общения в любой его форме. Речь будет понята слушателем с трудом, искажена или вообще не понятна, если говорящий нарушает фонетические нормы языка. Слушающий не поймет и будет с трудом понимать обращенную к нему речь, если он сам не владеет произносительными навыками. Озвучивание поэтому носит свернутый характер, но пройти к нему можно только через развернутое, сначала во внешней речи (чтение вслух), а затем во внутренней (чтение про себя), поэтому несовершенство произносительных навыков тормозит развитие беглости чтения. Оно часто является причиной неточного или даже неверного понимания текста.

На Земле насчитывается более 7 тысяч языков. 2/3 населения разговаривают на 40 наиболее распространённых языках. Около половины ныне существующих языков выйдет из употребления уже к середине XXI века. Современными международными языками можно считать китайский, английский, испанский, арабский, португальский, русский, немецкий и французский языки. Английский язык – важнейший международный язык. Так сложилось исторически. В XIX веке у Британской империи было больше всего колоний, хорошо развивалась промышленность. А в XX-XXI веке укрепилось мировое влияние США. Английский язык возник в раннем Средневековье как язык части германских племён. Он стал родным для большинства населения Великобритании, а с ростом Британской империи, увеличением её территорий распространился в Азию, Африку, Северную Америку и Австралию. После обретения независимости британскими колониями английский язык остался родным для большей части населения США, Канады, Австралии и Новой Зеландии.

Целью изучения иностранного языка является формирование умений общаться на иностранном языке с учетом речевых возможностей и потребностей учащихся. Важно показать им практическое применение их знаний, умений и навыков. Вне языкового окружения недостаточно насытить урок разнообразными упражнениями, важно предоставить учащимся возможность мыслить, решать какие-либо проблемы, которые порождают мысли, рассуждать над возможными путями решения этих проблем. Не менее важным аспектом является формирование мотивации к изучению английского языка.

Фонетика — это категория в английском языке, изучающая звуковое строение слов. Все новички всегда начинают обучение фонетике английского языка с самого начала своего курса. Хотя произношение и диалекты в различных странах сильно различаются, однако фонетика всегда одна. И чтобы избежать ошибок в дальнейшем, следует изучить ее как можно раньше.

Для того чтобы ваш английский язык был хорош, вам просто необходимо знание основ фонетики. Это влияет на правильное произношение отдельных звуков и определяет качественное звучание английских слов, а также правильное произношение предложения в целом. Для этого нужно знать, какие члены в предложении являются ударными, а на какие не стоит делать звуковой акцент.

Интонация. Восходящий, нисходящий тон. В английском языке интонация является основным средством выражения сказанного. Она формируется за счет сочетания темпа, фразового ударения, высоты тона, ритма произношения. Существуют два основных типа мелодики английского языка:

1. Нисходящий тон. Используется в повествовательных, утвердительных предложениях, передает законченные мысли, суждения, факты. Также нисходящий тон свойственен повелительным предложениям.

2. Восходящий тон. Показывает незаконченность высказывания. Он часто применяется при перечислении и в вопросительных предложениях. Интонация медленно поднимается от первого ударного слога фразы к последнему.

Особенности американского английского языка с точки зрения фонетики. Дифтонг *ou* в американском английском языке произносится, больше округляя губы, чем тот же дифтонг в английском варианте. Звук *e* звучит более открыто и звонко.

Такой двойной звук как *йу* после согласных в американском языке звучит слабо выражено и практически везде преобразуется в *у*. Примерами этому могут служить такие слова как *student* [студент], *new* [ню], *duty* [дюти].

Гласный звук *о* звучит как *а*, а дифтонги *ай* и *ау* в качестве основы имеют ярко выраженный звук *а*. Все гласные произносятся с выраженным носовым эффектом. Звук *г* звучит более резко. Кроме фонетических, есть в американском английском лексические отличия от английского.

Транскрипция английских звуков. Чтобы изучать все возможные вариации звуков, лингвисты разработали алфавит, который содержит особые символы. Такой алфавит назвали *International Phonetic Alphabet* (Международный Фонетический Алфавит).

Именно эти символы используют в современных транскрипциях английских слов. Транскрипцией, кстати, называют графическое изображение звуков. Обозначают транскрипцию на письме в квадратных скобках.

Давайте рассмотрим на примерах ниже, как одна буква может читаться двумя разными способами. Разница в произношении может зависеть от типа слога, положения буквы в слове, а также от того, находится ли гласный звук под ударением. В слове *type* (печатать/тип) буква *u* находится в открытом слоге и поэтому читается как [aɪ]. В слове *copy* (копировать/копия) буква *y* находится в безударном слоге на конце слова и поэтому читается как [i].

Эффективные способы изучения иностранного языка. 1. Грамматико-переводной метод. Грамматико-переводной подход основан на традиционном (классическом) преподавании древнегреческого и латыни. Сначала учащиеся изучают правила грамматики, а затем используют их при переводе на родной язык и обратно. Акцент на перевод слово в слово. Когда-то это было актуально, потому что вплоть до XVI века латынь изучали для общего интеллектуального развития.

Как владеет языком человек, который учился только по этой методике и не пробовал остальные? Такой студент может отлично читать и переводить, а также вполне способен составить монолог с помощью выученных конструкций. Но с большой долей вероятности проиграет младшему школьнику на уровне *Elementary*, который без проблем подключится к разговору ровесников-носителей языка. Потому что этот школьник получил тонны аудирования и говорения на коммуникативных занятиях и, соответственно, не теряется даже на сленге.

Изучение грамматики в таком методе ведется от общего к частному. Это - пассивная техника. То есть учитель объясняет правило, разжевывает его, пытается "вложить свои знания в другие головы" (и порой возмущается, почему головы не могут усвоить). А ученики проглатывают и делают упражнения.

Для учителя такой подход - самый удобный. Требуется минимум усилий. И даже не нужно педагогическое образование, изучение психологии и методологии. Таким подходом активно пользуются блогеры, которые изучили язык до *B1* и уже хотят зарабатывать на собственных курсах.

В грамматико-переводном методе развивается только один навык - чтение. Потому что для письменного навыка нужно чувство языка, умение думать на нем, владение языковыми единицами не на шаблонном уровне. Аудирование и говорение находится на зачаточном уровне на занятиях. **2. Аудиолингвальный метод.** Был разработан, чтобы нивелировать недостатки предыдущего прямого метода, поэтому может считаться более совершенным. Один из основоположников - Чарльз Фриз.

Это - изучение языка по диалогам. С акцентом на подражание учителю и без использования родного языка. Например, схема может быть такой: учитель дает прослушать/просмотреть диалог по теме, сложные слова и фразы показываются на пальцах/карточках/в действии. Учащиеся повторяют и заучивают реплики. Затем разыгрывают в парах и группах.

Метод появился в середине прошлого века. Стал терять свою актуальность уже в 60-х годах, а в 70-х был дискредитирован. Однако такой подход достоин внимания, хотя с оговорками. **3. Коммуникативный метод.** В России стал использоваться в 90-х годах. Ключевое отличие: акцент на взаимодействии как средстве и цели обучения. Во время занятия ученики взаимодействуют друг с другом и с преподавателем.

Теперь студент стал играть активную роль, а это - лучший способ освоить язык. Ведь любой язык (кроме мертвого) можно выучить только в процессе социального взаимодействия.

В коммуникативном подходе иностранный язык можно и **НУЖНО** сразу использовать в реальной жизни. В то время как грамматико-переводной метод предполагает годы учебы и только потом попытки использовать освоенное в жизненных ситуациях. Основы коммуникативного метода заложил лингвист Делл Хаймс в 60-х годах. А Совет Европы разработал языковые программы, базируясь на его исследованиях. Это особенно помогло европейским иммигрантам влиться в языковую среду. За несколько десятилетий метод несколько видоизменился, но основа осталась прежней: занятие строится преимущественно на изучаемом языке даже с новичками. Материал осваивается через коммуникативные игры и упражнения, закрепляется в дискуссиях и проектах. Используется

много вариантов активности, аудио- и видеоматериалов. При этом учитель не обязательно должен быть носителем. Он выступает как помощник и собеседник в одном лице. Все авторитетные современные экзамены для учителей проверяют именно владение коммуникативной методикой. Также на этом подходе построены международные экзамены для подтверждения уровня владения языком по всем аспектам (говорение, понимание на слух, письменная речь, чтение, освоенные лексические единицы). **4. Лексический подход.** Опирается на коммуникативную методику. Достоин внимания в высшей степени. Метод впервые был описан в начале 1990-х Майклом Льюисом и получил широкое распространение в 2000-х. Поддерживается известными лингвистами и методистами.

Метод основывается на изучении устойчивых словосочетаний (коллокации, фразеологизмы, идиомы), которые используются носителями. При этом студент учит именно популярную и самую употребляемую лексику.

Можно великолепно говорить на английском, но если не владеть так называемыми "чанками" (chunks - это все виды устойчивых словосочетаний, используемых в речи носителя), то речь будет звучать странно для носителя. Он, скорее всего, поймет, что вы хотели сказать. Но задумается, почему вы говорите именно так. **Наглядные примеры чанков:**

1. Возьмем коллокацию. На русском языке мы говорим: "сильный дождь". Если мы скажем так же на английском (strong rain), то будем звучать нелепо. Потому что носители говорят "heavy rain". Т.е. "тяжелый дождь" - для нас звучит забавно, да?

2. Возьмем фразеологизм. "To make a long story short" можно перевести как "короче говоря", "по сути". Или, например, "miss a boat" переводится как "упустить шанс". И для русскоговорящего возникает вопрос: почему именно корабль (boat), а не самолет, например.

3. Возьмем идиому (т.е. бывший фразеологизм, в котором все слова изменили значение). "Break a leg" переводится на русский очень неожиданно: "Удачи!" **5. Метод чтения.** В прошлом веке его часто использовали те, кто хотел стать полиглотом. Действительно, пособий для самостоятельной учебы было мало, как и других материалов. Поэтому люди просто читали. А потом получалось как у Чуковского: в реальности язык оказывался совсем другим по звучанию.

Плюсы: Расширение пассивного словарного запаса. Благодаря начитанности можно освоить основные грамматические правила, выводя их самостоятельно из закономерностей. На безрыбье и рак рыба. Когда-то это было единственной альтернативой грамматико-переводному методу.

Минусы: Нулевое аудирование и говорение. Чтобы вывести пассивный словарный запас в активный, нужно пользоваться другими методиками. Нет понимания лексико-грамматического строя языка.

Способы чтения с нуля. Как научиться правильно читать по-английски. Можно дать несколько советов. Учиться читать по-английски можно по-разному. Кто-то прибегает к помощи транскрипции. Другие записывают произношение английских слов с помощью русских букв. Есть люди, которым нравится много читать вслух. А кто-то делает акцент на аудиофайлах. На самом деле, все методы по- своему хороши. При обучении чтению недостаточно выучить буквы, дифтонги и запомнить все правила. В этом вопросе важна постоянная практика. Вот несколько советов, которые будут способствовать развитию навыков чтения по-английски :

Учитесь воспринимать английскую речь на слух. Как ни странно, но умение слышать то, что говорят британцы и американцы, напрямую влияет на нашу способность читать. На начальном этапе очень полезны адаптированные книги, снабженные дисками с аудиозаписями самих текстов. Имея перед глазами текст, который читает диктор, вы на подсознательном уровне учитесь правильно читать.

Старайтесь читать каждый день. Возьмите себе за правило уделять чтению английских книг хотя бы 20-30 минут ежедневно. Выбирайте книги соответственно своему уровню владения языком. На начальном этапе можно читать сказки и короткие рассказы. А для того, чтобы развивать навыки разговорного языка, полезно также иногда просматривать англоязычную периодику и блоги.

Привыкайте писать по-английски. Как известно, чтение и письмо напрямую взаимосвязаны. Одно вытекает из другого. Если человек читает по-английски на приличном уровне, то и свою мысль на бумаге он, вероятнее всего, изложит весьма грамотно. Знакомство с носителями — один из наиболее доступных и эффективных способов улучшить навыки чтения и письма. Общение в современном обществе часто основано на переписке в чатах и соцсетях. Поэтому, познакомившись с носителем языка, вы и сами не заметите, как переписка на английском станет частью повседневной жизни. Интровертам можно посоветовать завести дневник, который будет наполняться записями на английском.

Учите английские скороговорки и стихотворения. Например: *Whether the weather be fine, or whether the weather be not. Whether the weather be cold, or whether the weather be hot. We'll weather the weather whether we like it or not* (Будет хорошей погода или не будет погода хорошей. Будет погода холодной или погода будет жаркой. Мы выдержим любую погоду, нравится это нам или нет).

Скороговорки помогают отрабатывать произношение сложных звуков. Стихотворения обогащают лексику.

Тренируйте произношение. Уделяйте время на отработку тех звуков, которые непривычны для русскоговорящих. Например, сочетание *th* далеко не каждому учащемуся дается с первого раза. И, конечно же, самый простой способ научиться правильному произношению — это слушать диалоги и монологи носителей языка. Современные сериалы с английскими субтитрами помогают поставить правильную речь.

Подведя итоги можно сказать, что современными международными языками можно считать китайский, английский, испанский, арабский, португальский, русский, немецкий и французский языки. Английский язык – важнейший международный язык.

Целью изучения иностранного языка является формирование умений общаться на иностранном языке с учетом речевых возможностей и потребностей учащихся. Важно показать им практическое применение их знаний, умений и навыков.

В результате проделанной работы в рамках проекта по английскому языку можно сделать вывод, что преимущественное большинство людей имеют проблемы с иностранным языком, в частности с чтением. Вследствие чего, удалось выявить самые эффективные способы изучения языка. Также ознакомились с разнообразными методами изучения иностранного языка.

Можно сказать, что роль английского языка в нашем обществе велика, и для того, чтобы понимать свой родной (русский) язык, нужны и знания в области английского языка.

Список использованных источников

1. Брагина А.А. Лексика языка и культура страны: Изучение лексики в лингвострановедческом аспекте. Изд. 2-е переработанное и дополненное. - М., «Русский язык», 2005.-152 с.
2. Резник Р.В., Сорокина Т.А., Резник И.В. *A History of the English Language*. История английского языка: Учебное пособие. - М.: Флинта: Наука, 2001.-496с.
3. <https://lingua-airlines.ru/articles/udarenie-v-anglijskom-yazyke/>
4. <https://puzzle-english.com/directory/learntoread>
5. <https://linguistpro.net/spanish/lessons-esp/urok-2-diftongi-triftongi- ziyaniya-is>
6. <https://skysmart.ru/articles/english/anglijskie-zvuki>

МОЙ ПРАДЕД – ГОРДОСТЬ СЕМЬИ СААЯ

Монгуш Ай – Белек Херелович
Руководитель: Лама Чимис Даниловна
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»

Достойным человеком не рождаются, а им становятся. В течение всей жизни у человека формируются его основные качества личности. Именно от самого человека зависит, какой жизненный путь он пройдет. У каждого человека своя судьба, своя неповторимая история, свой, отличный от других жизненный путь. Такой жизненный путь и неповторимая судьба и у моего прадедушки Бартаазына Чыжанмаевича Саая.

Актуальность темы: сохранение семейного наследия, через исследование жизненного пути моего прадеда.

Цель исследования: формирование уважительного отношения к труду и упорству моего прадеда и гордость за новаторское начало, рассказать о интересной судьбе Бартаазына Чыжанмаевича Саая, как основателя сарлыководство в сумоне Эрги - Барлык.

Задачи:

1. Собрать сведения о прадеде – новатора;
2. Изучить (документы, фотографии и материалов) хранящиеся в семейном архиве и проведение бесед с родственниками;
3. Обработать и систематизировать собранный материал.

Гипотеза: жизненный путь моего прадеда — это гордость и положительный пример для нашей семьи.

Объект исследования: Саая Бартаазын Чыжанмаевич

Предмет исследования: биография прадеда, его личный пример, вклад в развитии скотоводства в Барун – Хемчикском кожууне.

Глава 1. Родословная семьи Саая

Яркий представитель нашего рода, оставивший глубокий след в развитии сумона Эрги-Барлык Барун-Хемчикского кожууна, мой прадедушка Бартаазын Саая был первым человеком, который перебрал с берегов речки Тоолайлыг Монгун-Тайгинского кожууна яков – сарлыков, уникальных, редких представителей домашних животных в Туве, жителей горных местностей. Историей прадеда заинтересовался после чтения книги «Люди Центра Азии». Прочитав эту книгу, узнал о самых разных судьбах людей – главного богатства нашей Тувы и нашей России. Эта книга – история Тувы в лицах – создана для того, чтобы люди не забывали простых тружеников, преданных своей родине и считавших моральным долгом служить ей по мере своих сил. А история моего прадедушки Бартаазына Чыжанмаевича Саая – это тоже частичка истории моей малой Родины.

Для того, чтобы рассказать о гордости нашего рода, я изучил родословную семьи, которая передавалась из уст в уста, от деда к внукам. Так через связь времен я узнал про замечательного труженика, прадеда Бартаазын Чыжанмаевича Саая – пионера, новатора своего дела.

«Маму моего деда звали Сенди. К сожалению, я ничего не знаю про бабушку – маму моего отца, – так вспоминал мой отец Очур Бартаазынович Саая – но, видимо, была она женщиной доброй, потому что иначе, как влиянием бабушки, я не могу объяснить отсутствие у деда чисто мужской агрессивности»¹.

Отца прадеда звали Чыжанмай. Он был охотником, скотоводом и мастером на все руки. Его семья жила в Чолдак Шыраа-Булаке Барун-Хемчикского кожууна. По меркам того времени родители прадеда были середняками. У Чыжанмая было два сына, старшего звали Бартаазын, это мой прадед. Он был приемным сыном. В те времена очень распространенным был обычай – усыновление. Бездетные семьи в надежде на появление в последующем своих детей усыновляли ребенка. Таких детей в народе называли «кудуруктуг тол». Чаще всего малыша брали у своих родственников, редко – у чужих. Родители, которые хотят усыновить,

¹ Воспоминание Сояновой Зои Очуровны – старшая дочь Саая Очур Бартаазыновича, старший сын прадеда.

приезжали с подарками, как того требует обычай тувинцев по усыновлению детей, и забирали ребенка. Так был усыновлен и прадед, родившийся в 1889 году в местечке Сайыр сумона Барун-Хемчикского кожууна. По словам моего деда О.Б. Саая, родного отца Бартаазына звали Монзук-Хам. Второго сына – тоже приемного – звали Ходуктаан. У Чыжанмая были родные дочери, но, к сожалению, они умерли рано, и их никто не сможет вспомнить. О сыновьях Чыжанмая молодые люди пели частушки, видно они заслуживали внимания девушек и юношей.

Они распевали так:

Чыжыргана тени кончуг
Кижикадап каайна,
Чыжанмайнын оолдары
Кижикорбейн баайна.
Колючки облепихи коварны
Кабы меня не кололи,
Сыновья Чыжанмая
Кабы меня не заметили.

Чыжанмай никогда не сидел, сложа руки, и был примером для старшего сына.

«Отец – мужчина среднего роста, широкоплечий, подтянутый, жилистый. Я любовался, когда он в жару снимал одежду, мышцы под кожей блестели, словно вылитые из бронзы. Любая работа спорилась в его руках. От него всегда веяло силой, удалью и спокойствием», – такие добрые слова адресованы отцу старшим сыном Очуром Бартаазыновичем². Прадедушка стал метким охотником, и был известен как «суму байы» – богатый человек сумона Эрги-Барлык. Богатство исчислялось поголовьем крупного рогатого скота: количеством яков-сарлыков и лошадей в табуне. У него было 500-600 яков, 90-100 лошадей, то есть было три жеребца, у каждого – более тридцати кобылиц. Масти жеребцов были Вороная (Кара), Бурая (Хурен), Игрневая (Шавыдар). Мелкого рогатого скота в хозяйстве было около одной тысячи. Но самое главное богатство прадеда – это дети, их было семеро. Сыновей Саая Бартаазына было три, как в русских сказках. Старший Очур, средний Кок-оол, младший Мачар-оол. Дочерей было четыре, одна из них приемная. Матерью детей была удивительная женщина родом из Тоолайлыга, ее звали Хенче, она была опорой семьи. Старший сын, мой дедушка с 1960 по 1989 годы работал Председателем исполкома Эрги – Барлыкского, Хонделенского и Аянгатынского сельского Совета.

Второй сын Кок-оол – много лет работал водителем молоковоза в 1960-1970 – ые годы сначала в колхозе «Большевик», а потом в совхозе «Хемчик», последние годы был чабаном, младший сын получил профессию электрика, но к сожалению умер рано. Младшая дочь Когереш, она обладательница почётного звания «Мать-героиня», родила 11 детей. У нас в роду много долгожителей, прадед умер в ноябре 1965 года, когда ему было 76, дед Очур – в сентябре 2004 года, ему было 75, старшая дочь прадеда Шыырап дожила до 82 лет. Среди многочисленных внуков, правнуков и праправнуков есть представители разных профессий – врачи узких специальностей, медсестры, учителя, воспитатели, тренера, работники правоохранительных органов, государственные служащие и другие.

В итоге изучения я выяснил то, что если родоначальник семьи Саая – *Чыжанмай Саая*, то второе поколение представляет мой прадед старший сын Чыжанмая Саая – *Бартаазын Саая*, а третье поколение дедушка, старший сын Бартаазына Саая – *Очур Саая*, четвертое поколение моя мама младшая дочь Очура Саая – *Шончалай Очуровна Монгуш*, и я являюсь представителем пятого поколения, сын Шончалай Монгуш – *Ай – Белек Монгуш*. Таким образом могу гордиться тому, что я знаю свою родословную до пятого поколения.

Глава 2. Саая Бартаазын Чыжанмаевич – гордость рода Саая.

2.1. Основатель сарлыководства в сумоне Эрги – Барлык.

«Ничто не вечно» – говорят тувинцы. Траве не зеленеть вечно, времени не стоять на месте. Действительно, это так. Но, сколько бы поколений ни прошло по земле, каждое оставит свой след в истории. Память о них – суть непрерывности любого народа. История

² Воспоминание Сояновой Зои Очуровны – старшая дочь Саая Очур Бартаазыновича, старший сын прадеда.

народа складывается из истории родов, семей, конкретных людей. У каждого человека своя судьба, своя неповторимая история, свой, отличный от других жизненный путь³. Такой жизненный путь и неповторимая судьба и у моего прадедушки Бартаазына Чыжанмаевича Саая. Судьба выбирает человека или человек судьбу? Я считаю: свою жизнь человек делает сам, если не хочет раствориться в серой массе. Однажды он вглядывается в реальный мир и определяет свое место в нем.

Яркий представитель нашего рода Бартаазын Саая нашел свое место и преуспел в своем деле. Малая родина моего прадеда – берега речки Бугаш. Дикая, неприступная Бугашская тайга была богата всякой живностью. Это местечко было благоприятно для разведения уникального животного: сарлыка – тувинской породы яка. А яководство – одна из самых древних и, пожалуй, самых трудных отраслей сельского хозяйства. Это профессия требует не только совершенного знания своего дела, но и мужества⁴. Як-сарлык – полудикое, свирепое животное, редкое в Туве. Внешне он похож на корову, только не мычит, а хрюкает, но из-за длинной, густой шерсти тот, кто встречает его первый раз (если животное без рогов) может подумать, что это медведь. Многие сарлыководы рассказывают: если свяжешься с яками, то это на всю жизнь, потому что это красивые, полезные животные. Мясо очень вкусное, лечебное, так как сарлыки живут в горной тайге и питаются лечебными травами. Из шерсти можно вязать шнуры, арканы и одежду. В молоке яков много жира⁵. Дед рассказывал: - если наверху полного бачка поставить «шай согаажы» (чайную ступку), она сможет держаться долгое время – такова жирность молока. И продукты, сделанные из молока яков, очень вкусные, так вспоминала мама Шончалай Очуровна. Сарлыки не требуют больших забот: специальных «кажаа» («загонов») для них не строят, но особый присмотр требуется во время весеннего отела. Зимой и летом яки всегда в тайге, не боятся даже волков. Они защищаются от них рогами, а в некоторых случаях так: лягут в одном месте, и волчьи клыки не достигают кожи благодаря густой шерсти. Эти замечательные животные болеют редко и быстро разводятся. Они живут долго – до тридцати лет. Это самое гордое среди домашних животных, сарлыки и умирают с высоко поднятой головой⁶. Прадедушка Бартаазын Саая искренне любил животных и зверей, знал тонкости животноводства. О таких людях в народе говорят так: «ол кижинин холунда» – «от природы у него талант». В его хозяйстве было все – от коров до коз. Тувинцы говорят: у кого есть конь – у того сила, у кого много овец – тот богат, у кого много коров – тот сыт. Но прадеду было нужно большее, чем просто быть сытым. Он не просто мечтал о «эдек сынмас» – скоте «не вмещающемся даже в подоле», он искал что-то новое. И нашел: первым в сумоне Эрги – Барлык Барун-Хемчикском кожууне начал разводить яков – сарлыков. Решение перегнать сарлыков из Тоолайлыга он принял по совету жены Хенче. Идея разведения сарлыков не родилось на пустом месте. Жена была родом из Тоолайлыга Монгун-Тайгинского кожууна и хорошо знала образ жизни и характер этих высокогорных животных, большинство которых содержали именно монгун-тайгинцы. Шурин прадеда Акаажык жил в Тоолайлыге и тоже разводил яков-сарлыков. Когда шурин гостил в аале прадеда, они договорились поменяться: коров на сарлыков. Так мой прадед в конце двадцатых годов XX века перегнал несколько коров в Тоолайлыг и взамен пригнал около десяти яков. Путь был нелегким, дорога, в основном, проходила по высокогорным тропам. Шли через чащи не проходимых первозданных лесов, преодолевали малые и большие перевалы, перебирались через реки. Горы сменялись котловинами, лесные территории – степными и полупустынными. Первых яков-сарлыков, пригнанных в Барун-Хемчикский кожуун моим дедом, было 10-11. Почти в каждом деле самое трудное – начало. Оно, как закрепляющий стежок для ровного, надежного шва, как первый куплет еще не сочиненной песни. Время идет, вышивка ложится красивым, мастерски исполненным узором, звенит песня, но остается в памяти та отправная точка, от которой все началось. Так и этот десяток сарлыков остался в памяти моего рода.

³ Шойгу К.С. Перо черного грифа: невыдуманные рассказы старожилы Тувы о своей малой Родине. – Кызыл: Новости Тувы, 2001 – стр. 32.

⁴ Як — Википедия (wikipedia.org).

⁵ Яки — уникальные животные, без которых невозможна жизнь в Тибете (travelask.ru).

⁶ Як — Википедия (wikipedia.org)

2.2. Мой прадед «Бай сумона» и его заслуги.

Количество сарлыков росло очень быстро. В тридцатые годы их было уже 50-60, к началу сороковых численность сарлыков достигла 500-600 голов. Именно те времена прадед получил почетное прозвище «суму байы» – «бай сумона». Зимой прадед перекочевывал из Бугаша на родину отца – в Шыраа-Булак. По воспоминаниям жителей сумона, когда сарлыков пригоняли к реке Барлык, чтобы напоить, начало стада было у берегов, а конец находился еще в Шыраа-Булаке. Люди восклицали: «Шыраа-Булак ишти Бартаазыннын сарлыктары дола берген!» («Яки Бартаазына заполнили весь Шыраа-Булак!») Ему помогали дети, а табунщиком прадеда был брат Ходуктаан со своей семьей. Во время Великой Отечественной войны тувинский народ помогал Советскому Союзу, помогал и мой прадед. По воспоминаниям старшего сына Кок-оола Саая, он отправил на фронт 70 лошадей, около 100 сарлыков, более ста голов мелкого рогатого скота⁷. В 1944 году произошло радостное событие: добровольное вхождение Тувы в состав Советского Союза. На всей территории Тувы стали создаваться колхозы. Колхоз «Большевик» был образован в 1949 году. Чтобы заманить в колхоз, его председатель Конзай-оол Саая купил прадедуске большой сепаратор, а старшую дочь – Тоглаа – специально научили работать на сепараторе, а для остальных детей прежде всего, сыновьям образование и он сдержал свое слово. И в 1950-е годы мой прадед вступил в колхоз «Большевик». Бартаазын Саая отдал колхозу больше половины своего скота, как требовал порядок того времени, в том числе и сарлыков. Именно эти сарлыки, сарлыки прадеда, стали первым стадом колхоза в кожууне Барун-Хемчик. Рос колхоз «Большевик» росло и хозяйство. В сентябре 1973 года сформирован совхоз «Хемчик, в нем в числе крупно рогатого скота были и сарлыки, начало которым положил прадед. В семидесятые-восемидесятые годы прошлого века численность яков в хозяйстве была от одного до две тысячи голов. В начале XXI века в селе Эрги-Барлык сформировано МУП «Чаачай», численность сарлыков МУПа составляли от 100 до 120 голов. Поголовье МУПа «Чаачай» и с. Эрги – Барлык небольшое, но оно есть до сих пор. Огромный труд лучшего представителя нашего рода не пропал даром. Прадед умер в ноябре 1965 года, когда ему было 76 лет. Перед смертью он оставшийся личный скот, в основном – овец, разделил между детьми – по десять голов каждому. Это было его наследство.

В наши дни у старшей дочери Очур Бартаазыновича, Сояновой Зои Очуровны, которая живет в местечке Аныяк – Хем Бай – Тайгинского кожууна, у них отаре есть тоже сарлыки, их мало, но она сохранила труд своего предка. Поэтому нам есть чем гордиться.

Заключение.

Как-то я спросил у отца, когда он рассказывал о своем отце: «Оставил ли прадед, один из самых богатых людей сумона, какой-нибудь след в истории?» Отец некоторое время подумал, и потом с грустью ответил: «Если взять более развитое и цивилизованное Российское государство, то в нем богатые люди оставляли видимые, материальные следы в истории, в памяти своих сограждан: они строили на свои средства красивые дворцы, храмы и музеи. Мы же, тувинцы, народ кочевой, в наших традициях и культуре побудительные мотивы вкладывать свои личные средства в монументальные долговечные творения отсутствуют. Да и возможностей таких тоже не было. Поэтому богатый человек, мой отец, не оставил зримых, материальных следов на земле Эрги-Барлык. Какое-то время после его смерти молва о том, что жил-был такой богатый человек, передавалось из поколения в поколение. Однако с годами это молва затихла. Если я умру, умрет навсегда и имя Бартаазын»⁸.

Но я с этим не согласен и считаю, что мой прадед оставил добрую память о себе: это благодаря ему в нашем сумоне появились сарлыки, это он внес свой вклад в Победу, это благодаря ему в нашем роду много долгожителей. «Хорошая работа – немеркнущая слава» («Эки кылган ажыл – элеп читпес алдар») – гласит тувинская пословица. Хотя специальных высоких наград мой прадед не получал, новаторство в области скотоводства является самой

⁷ Воспоминание Саая Марина Кок -ооловна – средняя дочь Саая Кок – оол Бартаазыновича, второго сын прадеда.

⁸ Воспоминание Монгуш Шончалай Очуровны – младшей дочери Саая Очур Бартаазыновича, старшего сына прадеда.

высокой вершиной Бартаазына Чыжанмаевича. Нам есть чем гордиться, и это является подтверждением гипотезы.

В стихотворении В. Литвинова есть такие строки, заставившие меня задуматься:
«Сколько ушло хороших людей,
Их не вернет ни один чародей.
Ты их не встретишь больше нигде,
Ни на какой самой дальней звезде...
Все ж невозможно сказать: их нет,
Если в тебе сохранился их след».

След моего прадеда Бартаазын Чыжанмаевича Саая сохранился во мне, я расскажу о нем своим детям, они – своим. Так из поколения в поколение будет передаваться история прадеда, и он вечно останется в памяти как яркий представитель нашего рода.

Список использованных источников

1. Монгуш Кенин-Лопсан Тыва чанчылдар. – М.: тройка, 1999.
2. История Тувы – том 2, наука.Новосибирск 2007;
3. Иргит Р.Ш., Лукценко А.Е. Яководство. учебное пособие – Кызыл, ТувГУ, 2021;
4. Шойгу К.С. Перо черного грифа: невыдуманные рассказы старожилы Тувы о своей малой Родине. - Кызыл: Новости Тувы, 2001;
5. Як — Википедия (wikipedia.org)
6. Яки — уникальные животные, без которых невозможна жизнь в Тибете (travelask.ru)

Информанты

1. Соянова Зоя Очуровна – старшая дочь Саая Очур Бартаазыновича, старшего сына прадеда;
2. Саая Марина Кок – ооловна – средняя дочь Саая Кок – оола Бартаазыновича, второго сына прадеда;
3. Монгуш Шончалай Очуровна – младшая дочь Саая Очур Бартаазыновича, старшего сына прадеда.

«ОТКУДА ТЫ ВЗЯЛАСЬ, СТРОКА?»

*Никитин Вадим Андреевич,
Руководитель: Лыткина Лариса Михайловна,
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»*

*Оба они, врач и писатель,
Страстно интересуются людьми,
оба они стараются разгадать то,
что заслонено обманчивой внешностью.
Оба забывают о себе и собственной жизни,
всматриваясь в жизнь других.
Андре Моруа*

Многие знаменитости могли бы стать медицинскими работниками, если стали работать по полученному профильному образованию. Но тогда обеднели бы искусство и литература.

Если собрать всех писателей, актеров, певцов и ведущих, получивших медицинское образование, то получилась бы полноценная больница. Какие известные люди могли бы

быть медицинскими работниками, если бы не стали теми, кем стали? И в каких «отделениях» воображаемой больницы они могли бы работать?

В «музыкальном отделении», например, могли бы работать певец Александр Розенбаум - анестезиолог-реаниматолог, врач станции «Скорой помощи»; резидент «Клуба весёлых и находчивых» Гарик Мартиросян – невропатолог; солистка и скрипачка группы "Ночные снайперы" Светлана Сурганова – врач - педиатр, как и певец Митя Фомин; музыкант Голубева Светлана - хирург; Билли Новик, петербургский музыкант, врач – педиатр; певица Жасмин по образованию медицинская сестра, а Михаил Галустян – фельдшер. Продюсер и телеведущая Яна Рудковская окончила медицинский университет в Барнауле по специальности дерматовенеролог.

Но в данном исследовании нас будет интересовать "Литературное отделение".

Цель: Проанализировать историю жизни некоторых писателей, имевших медицинское образование и выявить, чем обогащается литература и медицина, благодаря этим двум профессиям.

Задачи:

1. Изучить биографии известных врачей-писателей и описать, как их профессиональный опыт отразился на литературных произведениях.
2. Исследовать, какие медицинские темы и вопросы чаще всего затрагиваются в литературе врачей - писателей.
3. Выявить роль литературных произведений в создании общественного сознания о здоровье и медицине.

Медицинская профессия играет значимую роль в жизни многих людей, а для врачей-писателей она становится источником вдохновения и особым фоном для их творчества. Врачи-писатели, обладая уникальным сочетанием медицинского образования и литературного таланта, способны передать свои наблюдения, опыт и эмоции через письменное слово. Они погружаются в жизнь больных, их страдания и надежды, а затем используют свои креативные способности, чтобы осветить важные вопросы здравоохранения и вызвать размышления у читателей [1].

Врачи-писатели могут создавать художественные произведения, повествующие о медицинской практике и вызывающие эмоциональный отклик читателей. Они воспроизводят реалистичные сцены из больницы, описывают сложности профессии, выражают этические дилеммы, с которыми сталкиваются врачи, и демонстрируют взаимодействие между врачами и пациентами.

Они также могут создавать научно-популярные работы, которые обращаются к широкой аудитории и помогают расширить понимание людей о здоровье и медицинских проблемах. Они могут освещать современные исследования и достижения в медицине, а также ставить акцент на важности профилактики и здорового образа жизни [3].

Роль медицинской профессии в жизни и творчестве врачей-писателей неразрывно связаны друг с другом. Они не только улучшают жизнь пациентов своими медицинскими навыками, но и помогают улучшить понимание социальной значимости здоровья через литературу. Их работы способны вызвать эмоции, проанализировать глубокие вопросы и изменить наше представление о медицине и человеческом состоянии в целом [7].

Актуальность роли медицинской профессии в жизни и творчестве врачей-писателей заключается в нескольких аспектах: во - первых, врачи-писатели имеют глубокое понимание медицинской практики, которое обогащает их творческий процесс. Их работы могут отражать реалии и проблемы, с которыми они сталкиваются в своей профессии, что делает их литературу более достоверной и авторитетной. Во - вторых, благодаря ежедневному контакту с больными и их страданиями, врачи-писатели получают уникальную возможность углубленного анализа человеческого состояния и различных аспектов человеческой психологии. Это позволяет им создавать глубокие и эмоционально насыщенные работы, которые могут оказать сильное влияние на читателей [2].

Одним из ярких представителей писателей – врачей был Антон Павлович Чехов. Он не получил учёных степеней, и не сделал врачебную карьеру, но стал великим писателем, благодаря знаниям, которые он черпал из гущи самой жизни, будучи свидетелем человеческих судеб и отношений тысяч людей разных сословий, званий, профессий и

возраста. Чехов считал, что медицинские, естественнонаучные знания помогли ему избежать многих ошибок в писательстве и помогли глубоко раскрыть мир чувств и переживаний героев его произведений. Интересно то, что врачевание не давало Чехову абсолютно никакого дохода, но он продолжал выполнять свою человеческую миссию, даже будучи на пике литературной славы. Из года в год, где бы ни был, он скрупулёзно и профессионально заполнял истории болезней своих пациентов. Дело в том, что хлопотная и порой неблагодарная профессия врача, давала ему возможность наблюдать, осваивать и накапливать материал для литературного творчества. Наблюдения Чехова-писателя характеризуются пристальным клиническим взглядом и метафизикой мысли. Терапевт, академик И. А. Кассирский, обратил внимание именно на это: «У Чехова научно достоверно изображены различные оттенки душевного состояния человека: хорошее настроение, состояние эйфории, волнение, чувство тревоги и страха... Научно точно Чехов изображает болезнь и смерть своих героев» [5].

Михаил Булгаков. Медицина и человеческое здоровье всегда были для него важными темами, которыми он хотел заниматься. Врачебная практика позволяла Булгакову взглянуть на жизнь и человеческую природу из уникальной перспективы, а также получить материал для своих будущих литературных произведений [7].

Владимир Даль, известный русский писатель, лексикограф и этнограф, Несмотря на свою профессию врача, Даль всегда имел стремление к литературе и исследованию фольклора. Он видел в этом ценный источник вдохновения и материала для своих будущих литературных работ. В четырехтомном «Толковом словаре живого русского языка» он объяснял значения некоторых медицинских понятий [1].

Врач Викентий Вересаев в 1901 году опубликовал знаменитые «Записки врача». В произведении он описал случаи из своей врачебной практики, наблюдения, переживания и мысли молодого доктора. Во время Русско-японской войны был мобилизован на фронт. Он лечил раненых на передовой, а параллельно делал наброски будущих произведений. Позже врач-писатель выпустил книги «На войне» и «Рассказы о японской войне» [6].

«Люди не имеют даже самого отдаленного представления ни о жизни своего тела, ни о силах и средствах врачебной науки. В этом — источник большинства недоразумений, в этом — причина как слепой веры во всемогущество медицины, так и слепого неверия в нее. А то и другое одинаково дает знать о себе очень тяжелыми последствиями», писал Вересаев [4].

Василий Аксенов с 1956 года работал терапевтом карантинной станции Ленинградского морского порта, затем его перевели на должность главного врача в больницу водздравотдела. Там Василий Аксенов начал писать свою первую повесть — «Коллеги». Позже по этому произведению был снят одноименный художественный фильм. «Что касается материала для литературных работ, то они лежат именно в гуще жизни, а не в окне путешественника. Именно на врачебном участке ты мог получить самый ценный материал для романа, повести, рассказа» [2].

Одним из ярких представителей литераторов – медиков был Артур Конан Дойл, выдающийся британский писатель, врач, создатель легендарного персонажа Шерлока Холмса, прототипом которого тоже был врач. Им стал профессор Эдинбургского университета Джозеф Белл, который мог поставить диагноз на основании внешнего вида, используя дедуктивный метод. Другом и соратником Шерлока Холмса был врач доктор Ватсон, кем же ещё он мог быть?! [7].

Произведения Антона Чехова, Михаила Булгакова, Владимира Даля, Артура Конана Дойла и т.д. играют значительную роль в формировании общественного сознания о здоровье и медицине. Каждый из этих писателей имел свой уникальный подход к освещению медицинских тем, которые они использовали для осознания проблем медицины и сочувствия у своих читателей.

Медицина широко заимствует художественные описания клинических случаев для образовательных целей, деонтология как область медицины обогащается литературными примерами проявления гуманизма, построения взаимоотношений «врач–пациент». Литературоведение, в свою очередь, исследует влияние профессии на стиль и манеру писателя, а также на выбор им темы и идеи произведения. У врачей-писателей, как бы ни

были различны их жизненные и творческие пути, есть объединяющие качества: они не могут не писать на тему медицины, они не обойдут ее в своем творчестве и, так или иначе, отдадут дань первой профессии. Кроме того, их объединяет умение точно, научно мыслить и так же точно и емко эти мысли выражать: «У всех профессионалов очень крепкий, своеобразный и очень точный язык» [2].

О художественном стиле врачей-писателей, отмечая его особенности, говорят как сами авторы, так и их собратья по перу, и литературоведы, и коллеги-медики. Все они сходятся в том, что врачебная деятельность накладывает отпечаток на художественное творчество. Так, К.Г. Паустовский писал: «Недаром из среды врачей вышли такие прекрасные писатели – вы с совершенно иного ракурса видите жизнь, воспринимаете ее с точки зрения иной профессии» [2].

Список использованных источников

1. Каверин В.А. Счастье таланта: воспоминания и встречи, портреты и размышления. – М.: Современник, 2020. – 316 с.
2. Нилюкин А. Н. Н 63 Наедине с русской классикой / РАН. ИНИОН. Центр гуманитар. Науч.-информ. Исслед. Отд. Литературоведения; Отв. Ред. Миллионщикова Т. М. – М., 2023. – 442 с. – (Сер.: Теория и история литературоведения). ISBN 978-5-248-00659-5
3. Шубин Б.М. Дополнение к портретам. – М.: Знание, 1985. – 224 с.
4. Вересаев В.В. Воспоминания 1935 г. – Ч. II. В студенческие годы (1935) // Библиотека Максима Мошкова. 17.01.2012. URL: http://az.lib.ru/w/weresaew_w_w/text_0290.shtml (дата обращения: 27.07.2023).
5. Кони А.Ф. Воспоминания о Чехове // Библиотека Максима Мошкова. 07.06.221. URL: http://www.lib.ru/MEMUARY/KONI_A_F/chehov.txt (дата обращения: 23.09.2023). Вестник науки Сибири. 2023. № 4 (10) <http://sjs.tpu.ru> Серия Филология. Педагогика 204
6. Нестерцова С.М., Гавриленко М.Б. «Записки врача» В.В. Вересаева в литературе, медицине и общественной жизни России рубежа XIX–XX веков // Медицина в художественных образах. URL: <http://mho.org.ua/html.php?book=book1&text=veresaev&num=6&page=1> (дата обращения: 27.07.2023).
10. Моэм У.С. Подводя итоги. – М.: Высш. шк., 1991. – 559 с.
7. Шкловский В.Б. О писателях // Журнал «Самиздат». 23.02.2022. URL: http://samlib.ru/s/shklowskij_b/1895.shtml (дата обращения: 27.07.2023).

СБОРНИК СТИХОТВОРЕНИЙ СОБСТВЕННОГО СОЧИНЕНИЯ

*Никифорова Дарья Александровна,
Руководитель: Субботина Татьяна Юрьевна,
ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»*

Лев Николаевич Толстой писал: «Поэзия есть огонь, загорающийся в душе человека. Огонь этот жжет, греет и освещает. Настоящий поэт сам невольно и страданием горит, и жжет других, и в этом все дело».

Во мне и загорелся этот огонь поэзии.

Моё поэтическое творчество началось в 2018 году, тогда-то у меня и появилось хобби. Меня стало интересовать литературное творчество, а если точнее сочинение стихотворений.

Родом я из поселка Центральный Хазан Зиминского района. Но часто приходилось ездить в город Саянск, и по дороге можно было увидеть красивые пейзажи, природу, встретить много интересных людей и их житейских историй. Так и зародилось начало моего творчества.

Как и многие поэты, я выбираю темы для своих стихотворений из жизни. Человека окружает множество различных ситуаций, которые могут вдохновить.

В моих стихах нет особой рифмы а, жанр стихотворения зависит от настроения.

В школе моего родного поселка Центральный Хазан проводились различные поэтические конкурсы, в них я охотно принимала участие.

В одном из конкурсов мне даже удалось занять первое место по Зиминскому району. Победа в конкурсе меня очень замотивировала продолжать свою поэтическую деятельность.

Стихи – это уникальная возможность развить фантазию и абстрактное мышление, поэтому проанализировав свои стихи, я решила создать собственный сборник.

Я считаю, что в стихах раскрывается душа и мое представление о мире.

Много в каких еще поэтических конкурсах приходилось участвовать. «Серебряное перышко» в номинации «Проза» в 2016 году, В районном краеведческом конкурсе «Всякому мила родная сторона» в номинации «У каждого свой милый край», в котором и стала победителем, Международный литературный конкурс «Книга рецептов счастья» г. Санкт-Петербург.

Но самой лучшей работой своего поэтического творчества я считаю Межрегиональный конкурс стихотворений собственного сочинения «Поклон тебе, герой России!» в номинации «И каждое имя вспомним...». Данное стихотворение было написано в Саянском медицинском колледже, студенткой которого теперь я являюсь. В этом конкурсе я была удостоена диплома 3 степени. Данный конкурс заинтересовал газету «Новые горизонты» города Саянска.

Корреспондент Ольга Соколкина задавала мне вопросы о моей жизни и поэтическом творчестве. После этого в №4 от 25.01.2024 г. в газете была опубликована статья о моей жизни в Колледже и поэтическом начале.

Мое творчество пополняется, приходят новые идеи к написанию стихотворений. Мои стихи рождаются в минуты, когда я испытываю глубокие чувства радости или грусти, сопереживания, возмущения, сострадания по поводу каких-то событий в окружающей жизни либо увиденных картин, которые особенно запечатлелись в моей памяти и задели мою душу. Они не объединены какой-то общей темой, они разные, чаще в них выражаются мои мысли и переживания.

Это и послужило началом для создания сборника собственного сочинения стихов. В данный сборник будут включены стихотворения: «Мама», «Мой родной Центральный Хазан», «Герои ВОВ», «Киска Мурыська», «Одиночество», «Ну что ж для счастья нужно людям?», «Зимушка-зима», «Расставание», «Россия», «Весна», «Ты не один!», «Бабушка», «Не суди». В них отражается красота природы, любовь к матери, любовь к Родине.

Герои ВОВ

Они были совсем молодые!
И так рано ушли на войну,
Они Родину сильно любили
И упорно сражались в бою,
Среди них есть немало героев!
Кто отдал свою жизнь ради нас.
Они подвиг большой совершили,
Чтобы жили мы с вами сейчас.
Так не будем о них забывать!
И посмертно мы будем гордиться,
Чтобы детям о них рассказать,
Чтобы прошлому не повториться-
Ведь так трудно досталась победа!
Много было крови пролито в бою!
Много жизней отдано битве -
Я за это спасибо военным скажу!
Как же хочется, чтобы герои
Жили долго, вечно, без смерти.
Но война забрала их сердца!

Будем помнить их вечно! Память вечно жива!

В стихотворении говорится о героях ВОВ войны, их мужестве, отваге и почитании, памяти и скорби.

Поэты – люди от Бога. У них дар свыше. Они мыслят образами и связаны с жизнью духовно. Это такое состояние души человека, когда он находится в единстве с природой, небом, землёй и окружающим миром.

Поэзия эмоционально обогащает человека, воспитывает духовный мир, влияет на выбор нравственных ориентиров.

Поэзия – лирика, романтика, мечта, свет и доброта Вселенной. Она всегда идёт рядом, наполняя душу возвышенным искусством слова. В ней играют радуги мира, озаряя планету яркими цветами вдохновения.

В моей жизни поэзия играет большую роль. Она одухотворяет внутренний мир и исцеляет; окрыляет и вдохновляет, уводя в сказочный мир творчества.

Моё творчество имеет только начало, пусть и небольшое, но очень увлекательное. Очень хочется поделиться свои стихами с теми людьми, которые прочтут и просто улыбнуться, вспомнят своих родных и близких, кто наделен теплотой душевной и просто искренним непорочным сердцем.

Надеюсь, что мое творчество - это только лишь начало пути, может быть и не простое, к написанию больших произведений.

Я буду очень рада, если мои стихи помогут кому-то пробудиться, задуматься о происходящем, посеют семя любви и уважения к окружающей природе и к человеку.

Сборник собственосочинённых стихотворений будет храниться в библиотеке нашего Колледжа. Он будет памятью моего творчества.

Список использованных источников

1. Лотман, Ю.М., Фомичев, С.А. Стихотворения Александра Пушкина / Ю.М. Лотман, С.А. Фомичев. - Санкт-Петербург: Наука, 2019. - 640 с.
2. Анализ лирического стихотворения: учебное пособие для студентов филологических факультетов / под редакцией Е.А. Балашова. – Москва, 2018.- 192 с.
3. Интернет-источники.- Режим доступа: <https://obrazovaka.ru/chtenie/zhanry-literatury.html>.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

*Раманюк Варвара Анатольевна
Питерская Ольга Васильевна, преподаватель
КФ ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж»*

Экологическое образование и воспитание является настоятельным требованием времени. Жизнь и здоровье каждого человека во многом зависят от состояния окружающей среды. Экологическая грамотность – государственная задача. От того, насколько серьёзным будет понимание проблем экологии у будущих специалистов, зависит, будут ли они свидетелями угасания цивилизации на Земле или уже сейчас включатся в решение проблем, стоящих перед обществом.

Проблема охраны окружающей среды связана с катастрофическим воздействием хозяйственной деятельности человека на природу. Он нанес живой оболочке Земли серьёзный урон, нарушив в природе экологическое равновесие. Знаки надвигающейся беды заметны сегодня повсюду в мире. Ресурсы иссякают, быстро загрязняются вода и воздух, превращаются в пески плодородные земли, сокращается площадь лесов, дающих Земле кислород. Выбросы в атмосферу различных газов истощают озоновый слой.

Химическое загрязнение окружающей среды обусловлено следующими факторами:

1. повышением концентрации биогенных элементов из-за канализационных сбросов и стока с полей удобрений, вызывающих бурное развитие водорослей и нарушение баланса в существующих экосистемах;
2. отравлением воды, почвы и воздуха отходами химических производств;
3. воздействием на воду и почву продуктов сжигания топлива, снижающих качество воздуха и вызывающих кислотные дожди;
4. потенциальным заражением воздуха, воды и почвы радиоактивными отходами, образующимися при производстве ядерного оружия и атомной энергии;
5. выбросами углекислого газа и химических веществ, снижающих содержание озона, что может привести к изменению климата или образованию «озоновых дыр».

Некоторые явления последних лет заставляют задуматься, а не началось ли потепление Земли? 1988 год был годом климатических "ненормальностей". А целых пять лет в 80-х годах были самыми теплыми за все ушедшее столетие. Жара, стоящая в те годы в различных странах, снизила урожайность зерновых, привела к затяжным муссонным дождям, наводнениям, оставила без крова около 25 млн. людей. В Антарктиде откололся гигантский айсберг 130 км. - предвестник грозящего потепления.

Миллиарды тонн углекислого газа ежечасно поступают в атмосферу в результате сжигания угля и нефти, природного газа и дров, миллионы тонн метана поднимаются в атмосферу от разработок газа, водяного пара. Все это - "парниковые газы".

Наряду с видимым светом Солнце излучает также ультрафиолетовые волны. Ультрафиолетовое излучение похоже на световое, но длина его волны короче. Ультрафиолетовые лучи невидимы, но обладают большей энергией, чем видимые. Проникая сквозь атмосферу и поглощаясь тканями живых организмов, они разрушают молекулы белков и ДНК. Именно это происходит, когда вы загораете. Если бы все УФ излучения, падающие на верхние слои атмосферы, достигали поверхности Земли, то вряд ли на ней сохранилась бы жизнь, все растения и животные просто "зажарились" бы.

В случае резкого уменьшения озона человечеству грозит рак кожи и заболевания глаз, ослабление иммунитета, а заодно уменьшение урожайности полей.

Мы решили поинтересоваться у студентов нашего колледжа, знают ли они о причинах появления озоновых дыр. В исследовании принимали участие две группы первокурсников (50 человек).

1. Ничего не знаю о причинах – 30% (15 респондентов).
2. Знаю только основную причину, не интересуюсь этим – 20% (10 респондентов).
3. Знаю причины и интересуюсь этим – 50% (25 респондентов).

В чем же основная причина появления "озоновых дыр"?

Есть различные варианты прогнозов: может это явление раньше не замечали, может, виноваты циклы в природе. Но в одном ученые сходятся: виноваты фторхлоруглероды (фреоны). Это химические соединения, используемые в производстве аэрозолей, хладагенов, растворителей, простых пластмасс, при очистке компьютерных микросхем.

В нижних слоях атмосферы, они не вступают ни в какие химические реакции, а значит, не оказывают и токсического воздействия. Именно эта инертность позволяет им подняться в стратосферу.

Жизнь как физико-химический процесс протекает в водной среде. Животные, растения на 70-80% состоят из воды. Потеряв 50% от своей массы в результате голодания, человек может остаться в живых, но потеря 15-20% массы в результате обезвоживания – смертельна.

Все реакции обмена веществ в организме человека, и в первую очередь реакции гидролиза, протекают или с участием воды, или в водной среде.

Но вода – не только условия жизни индивидуального организма. Без нее

невозможно существование биосферы, то есть жизни на Земле, поскольку круговорот веществ и энергии в биосфере возможен только с участием воды.

Круговорот воды действует непрерывно. Он реализуется в трех основных географических объектах: океан – атмосфера – суша. С поверхности Мирового океана ежегодно испаряется 453000 км.³ воды. Осадки, выпадающие на землю, составляют 525000 км.³. Превышение происходит за счет испарения с других водных поверхностей и транспирации влаги растениями. Испаряющаяся вода, конденсируясь, образует облака и в виде осадков выпадает на землю. Они поглощаются почвой, и в результате подземного и поверхностного стока вода возвращается в моря и океаны. При этом вода очищается.

Водные ресурсы Земли составляет соленая и пресная вода. Причем 97,2% от общего запаса в 1345млн.км.³ приходится на воды Мирового океана.

Загрязнение воды – это грозная опасность для человечества.

Процессы очистки сточных вод включают:

1. очистку и обеззараживание бытовых и животноводческих стоков;
2. очистку стоков от последствий обслуживания автотранспорта и с/х техники;
3. очистку стоков, содержащих нефтепродукты.

Перспективны способы очистки воды от нефтепродуктов с помощью микроорганизмов и растений.

Почва ценится на вес золота, но без последнего человек мог бы существовать, а без почвы нет.

Почвы – естественное историческое образование: в далеком прошлом Земли, почвы не существовало. Она образовалась в поверхностном слое земной коры в результате действия света, воздуха, влаги, растительных и животных организмов, деятельности человека.

Наше время характеризуется усилением антропогенной нагрузки на почвенный покров планеты.

За всю историю цивилизации было утеряно около 2 млрд. га продуктивных земель, которые превратились в пустыни. Почти треть суши занимают пустынные и полупустынные районы, где проживают более 13% населения земного шара. Угрожающе расширяет свои границы Сахара - величайшая пустыня мира. За последние 60 лет пустыня разрослась на 700 тыс. км.². Сегодня многие сахарские оазисы засыпаны песками. Там, где еще несколько лет назад процветало земледелие, песчаный покров в ряде случаев стал достигать полуметровой толщины. Ощутимый вред почвенной основе наносят вырубки лесных массивов, водная эрозия. Мощные ливневые дожди смывают плодородный слой почвы. Так в Уганде с водными потоками уносятся за сезон 20-40 т. почвенного слоя с гектара. Негативные антропогенные изменения почв являются результатом их вторичного засоления при искусственном орошении.

Истощение и разрушение почвообразующего слоя в Тропической Африке вызвано нарушением агротехники. То, что сегодня происходит на африканском континенте, – не исключение. Снижение почвенного плодородия проявляется в Австралии, Казахстане, в Поволжье.

Роль леса – уникальна. Сокращение лесных массивов неизбежно влечет за собой изменение состава атмосферы, водного баланса, уровня грунтовых вод. На глазах «таят» леса Амазонии, которые называют «зелеными легкими» планеты. Самый страшный бич этих лесов – пожары, причем не от удара молнии, а от сознательных поджогов для расчистки участков земли под посевы. Удобренная золой земля дает 2-3 урожая, а потом превращается в мертвую пустошь. Дым от этих пожаров стоит такой, что угрожает полетам самолетов и речной навигации. Все это может закончиться экологической катастрофой мирового масштаба.

Опасными темпами «таят» леса Сибири. Здесь ежегодно вырубается 0.5 млн.тыс.га лесов, а новые посадки осуществляются лишь на 1/3 вырубок.

Ученые фиксируют изменения сибирского ландшафта. В большинстве вырубок начинается заболачивание местности, так как вырубают, прежде всего, сосновые леса.

Наблюдается обеднение лесного покрова.

Таким образом, наша планета «лысеет» под натиском человека, леса отступают на всех континентах и во всех странах. Не все задумываются над глубоким смыслом слов: «Первое срубленное дерево явилось началом цивилизации, а последнее – будет означать конец ее...».

Отходы – это все, что человек выбрасывает на планету в результате хозяйствования. Ежедневно каждый человек в индустриально развитых странах выбрасывает до 10 кг. мусора. Но это не вся проблема – бытовой мусор. Отходы – это промышленные нечистоты, льющиеся в реки, дым, газы. Одних оксидов серы ежедневно выбрасывается до 250 млн.т. (по 50 кг. на каждого человека). Именно эти отходы, выпадая кислотным дождем, убивают леса, губят рыбу в водоемах. Отходы – это нефтяные пятна, губительные для жизни Океана. Отходы – это тяжелые металлы и ядовитые вещества, проникающие в почву, воздух и пищу. Отходы – это продукты атомных электростанций, надежно захоронить которые пока не научились. Отходы – это неразлагающиеся в земле пластики. Богатые страны Запада пытаются вывозить отходы в бедные страны латинской Америки и Африки.

Мусор образуется везде, прежде всего в крупных городах; житель Нью-Йорка каждый год выбрасывает мусора в девять раз больше своего веса, а житель Манилы - в 2,5 раза. В странах Запада очень развита упаковочная индустрия (картон, бумага, пластмасса, стекло, алюминиевые банки).

Во многих странах уже не хватает места для свалок.

У нас в стране мы все время испытываем трудности с бумагой. И здесь ресурсосберегающая экономика западных стран может быть примером. В США работают 200 предприятий, использующих исключительно макулатуру. Это на 50-80% дешевле, чем стоимость целлюлозно-бумажного комбината.

Из всего сказанного выше ясно одно – мы активно (и положительно, и отрицательно) воздействуем на экологию окружающей среды.

И не зря говорят – «капля точит камень». Если каждый человек будет задумываться над своими действиями, поступками - «наносит ли он вред окружающей среде», и будет за них отвечать, то мы с вами хоть маленькую каплю, но внесём в сохранение экологической обстановки на нашей планете, в нашем государстве, в нашей области, в нашем городе.

Список использованных источников

1. Нинбург, Е.А. Введение в общую экологию: подходы и методы. – М.: КМК, 2010.
2. Ревель, Ч. Среда нашего обитания. Энергетические проблемы человечества. – М.: Мир, 2015.
3. Тупикин, Е.И. Общая биология с основами экологии и природоохранной деятельности. – М.: Академия, 2013.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СООТВЕСТВИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПОДРОСТКА НОРМАМ ЕГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Тебенькова Мария Кирилловна
Руководитель: Шелепова Ирина Владимировна
ФГБОУ ВО ИрГУПС «Медицинский колледж железнодорожного транспорта»

Всем известно, что важными показателями здоровья является физическое развитие человека. Должна быть сделана оценка состояния тела, а именно: рост, масса тела, работа

мышц, опорно – двигательной системы. **За последние годы в Российской Федерации** отмечается заметное ухудшение состояние здоровья детей всех возрастных групп.

На здоровье детей и подростков влияют не только реформы, но и климатические условия, места проживания (регион, город, село), возрастно-половые особенности, методы воспитания.

Иммунитет организма во многом определяется физическим здоровьем.

Физическое развитие остается одним из важнейших показателей здоровья и возрастных норм совершенствования, поэтому практическое умение правильно оценить его, будет способствовать воспитанию здорового поколения.

Возникли вопросы:

1) Соответствуют ли показатели физического развития моих одноклассников нормативам, указывающим на хорошее физическое здоровье?

2) Существуют ли проблемы физического здоровья среди моих одноклассников?

Поэтому я решила проверить это и углубиться в данную тему.

Гипотеза:

Если в современных условиях существует много факторов, отрицательно влияющих на физические показатели здоровья, то вероятность 100% здоровых сверстников очень мала.

Для определения физического развития детей и подростков используют метод индексов и стандартов. В своей исследовательской работе я использовала антропометрические данные. Эти исследования включают измерения длины тела (роста), массы, наличие плоскостопия и гармоничности физического развития.

Цель: освоить методику оценки индивидуального физического развития подростков с помощью индексов, т. е. соотношения антропометрических показателей, полученных с помощью математических расчетов. Самостоятельно выполнять антропометрические и физиологические измерения.

Задачи:

Провести анкетирование среди одноклассников, участвующих в исследовании.

Провести антропометрическое исследование для определения параметров физического развития.

Проанализировать полученные данные и соотнести их с нормой физического развития подростков 15 – 19 лет.

Выявить причины отклонения данных от нормы.

В работе используются следующие методы исследования:

системный анализ;

сравнение;

анкетирование;

математические измерения и расчеты антропометрических показателей.

Для проведения практической части я решила использовать экспресс – оценку по Г. Л. Апанасенко, потому что с помощью него можно, легко и быстро оценить уровень физического здоровья, используя свои измерения, также я провела анкетирование для того, чтобы выявить причины отклонений в физическом здоровье.

Экспресс – оценка уровня здоровья по Г. Л. Апанасенко.

Она состоит из ряда простейших показателей, которые ранжированы и каждому рангу присвоен соответствующий балл. Общая оценка здоровья определяется суммой баллов и позволяет распределить всех практически здоровых лиц на 5 уровней здоровья.

Для оценки уровня здоровья, измеряются в состоянии покоя:

жизненная емкость легких (ЖЕЛ);

частота сердечных сокращений (ЧСС);

артериальное давление (АД);

масса тела;

длина тела;

Также, дополнительно брался пол, возраст, потому что они были необходимы для некоторых расчетов.

Таблица 1 – Экспресс – оценка уровня физического здоровья

Показатель	Пол	Уровень показателей				
		низкий	Ниже средн.	средний	Выше средн.	высокий
Масса тела/рост (г/см)	Муж	≥501	451-500	401-450	375-400	≤375
	Жен	≥451	401-450	375-400	400-351	≤350
Балл		(-2)	(-1)	(0)	(1)	(2)
ЖЕЛ/масса тела (мл/кг)	Муж	≤50	51-55	56-60	61-65	≥66
	Жен	≤40	41-45	46-50	51-56	≥57
Балл		(0)	(1)	(2)	(3)	(5)
Динамометрия/масса тела (%)	Муж	≤60	61-65	66-70	71-79	≥80
	Жен	≤40	41-50	51-55	56-60	≥61
Балл		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
ЧСС*САД/100	Муж	≥111	95-110	85-94	70-84	≤69
	Жен	≥111	95-110	85-94	70-84	≤69
Балл		(-2)	(0)	(2)	(3)	(4)
Время восстановления ЧСС после 20 приседаний за 30 с (мин)	Муж	≥3	2-3	1,3-1,59	1,0-1,29	≤1
	Жен	≥3	2-3	1,3-1,59	1,0-1,29	≤1
Балл		(-2)	(1)	(3)	(5)	(7)

Общая оценка уровня здоровья (балл)

- Низкий - ≤4
- Ниже среднего – 5-9
- Средний – 10-13
- Выше среднего – 14-16
- Высокий – 17-21

Определив физиологические показатели организма, проведя расчет этих показателей, обследуемый делает вывод об уровне своего физического здоровья. Учитывая свой жизненный опыт, он выявляет причины проблем, связанных со здоровьем, и дает себе рекомендации по укреплению физической активности.

В исследовании приняли участие 10 студентов колледжа МК ЖТ ИрГУПС, группы СД.9-23-1 (И, О), из них было восемь девушек и двое юношей. Все замеры проходили в домашних условиях и строго анонимно.

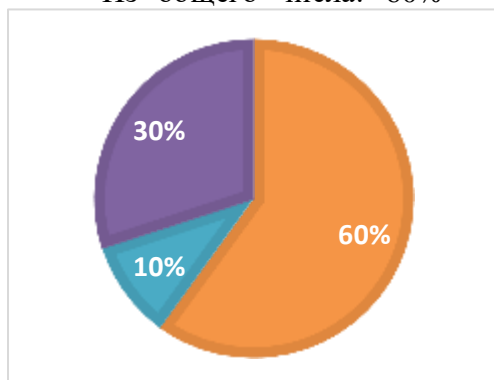
1.1 Замеры антропометрических данных

Моими одноклассниками были сделаны замеры антропометрических данных (возраст, вес, рост, ЧСС, АД и время восстановления после 20 приседаний) и были проведены следующие соотношения их здоровья по экспресс – оценке уровня физического здоровья (по Л. Г. Апанасенко).

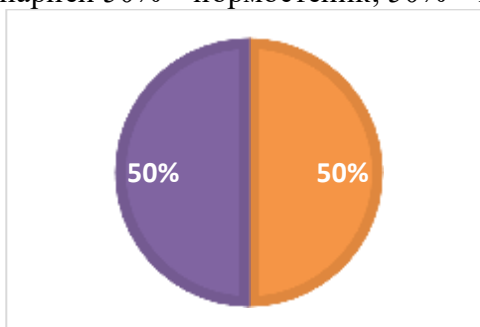
1.2 Определение типа телосложения

На основе замеров антропометрических данных сделала расчеты по определению типа телосложения согласно ранее описанной методике. Выявила среди сверстников различные типы телосложения.

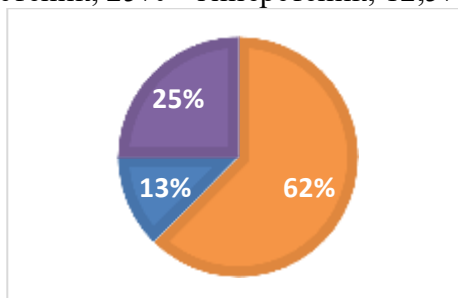
Из общего числа: 60% – нормостеники; 30% – гиперстеники; 10% – астеник.



По отдельности из них у парней 50% – нормостеник; 50% – гиперстеник.



У девушек 62,5% – нормостеник; 25% – гиперстеник; 12,5% – астеник.

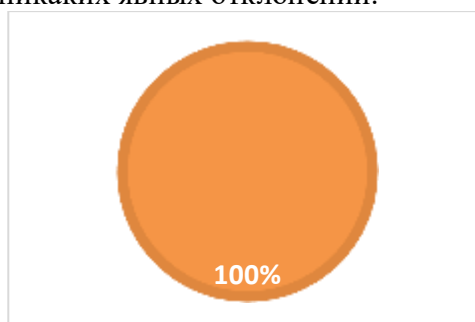


1.3 Соответствие показателей физического развития нормам

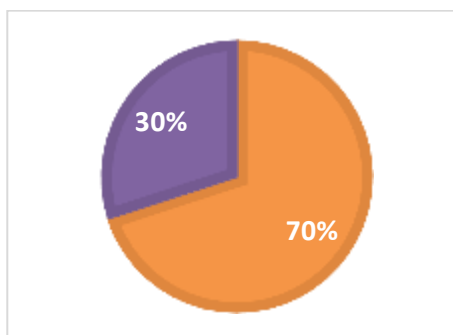
После определения типа телосложения я приступила к соотношению их определенных показателей с нормами для их возраста, пола и т.д.

Индекс массы тела (ИМТ) и Индекс лишних килограммов (ИЛ) не берем для соответствия, т.к. эти расчеты не действительны для лиц 15 – 19 лет.

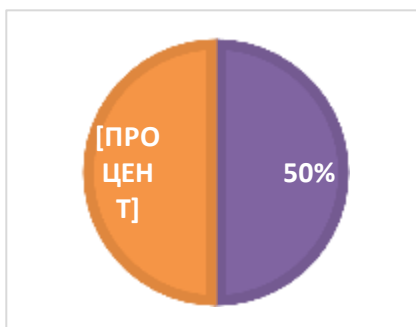
Рост. 100% – норма. Нет никаких явных отклонений.



Соотношение частоты сердечных сокращений и артериального давления.
70% – в диапазоне нормы; 30% – пониженное/повышенное.



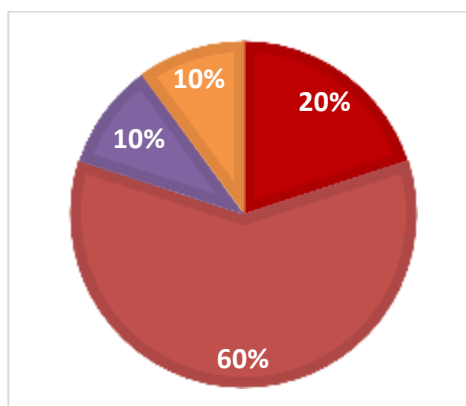
Жизненная емкость легких. 50% – в норме с соответствием их роста, возраста. 50% ниже нормы.



1.4 Экспресс – оценка уровня здоровья по Г. Л. Апанасенко

Далее я приступила к определению уровня здоровья моих одноклассников с помощью метода Г. Л. Апанасенко.

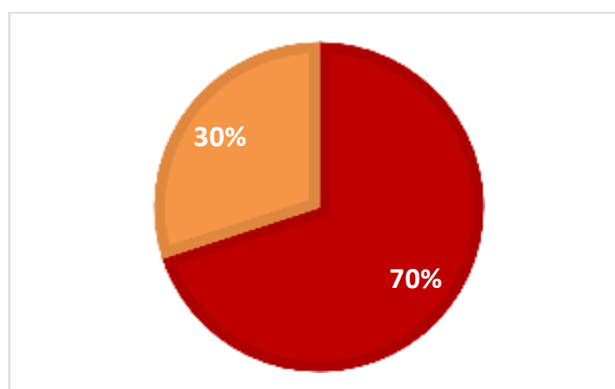
Итог расчетов такой: Низкий – 0%; ниже среднего – 20%; средний - 60%; выше среднего – 10%; высокий – 10%.



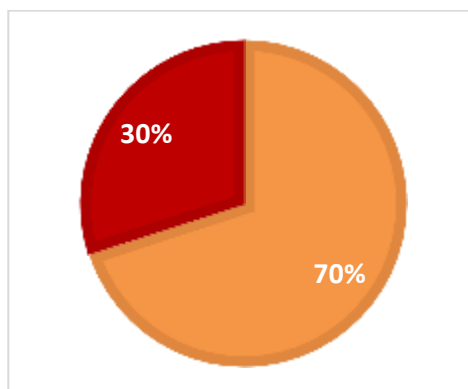
1.5 Анкетирование

Мы выявили, что у некоторых людей имеются проблемы со здоровьем и нужно понять из – за чего они имеются у моих одноклассников.

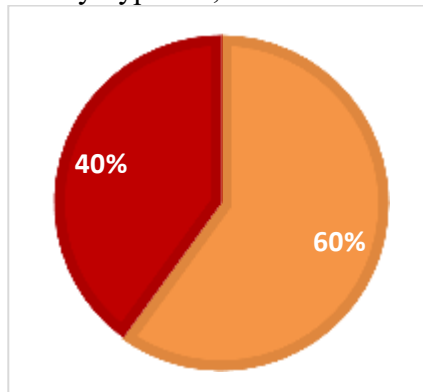
Осанка в грудном отделе позвоночника у одноклассников 30%– в норме и у 70% - имеются проблемы.



70% - знают о хронических заболеваниях; 30% - не знают о них.



40% - имеют вредную привычку курения, 60% - не имеют вредных привычек.



Список использованных источников

- 1 Ланда, Б.Х. Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности
- 2 Математика для медицинских колледжей. М. Г. Гилярова, 2016 – 95 с.
- 3 Физическое развитие детей и подростков. Показатели. Методы оценки : учебное пособие / Р. С. Мануева ; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общей гигиены. – Иркутск : ИГМУ, 2018. //URL: <https://irkgmu.ru/ismu/news.php> (дата обращения: 07.04.2024)

ИСТОРИЯ ЗАРОЖДЕНИЯ ФАРМАКОЛОГИИ

Ульяненко Алексей Витальевич

Руководитель: Серяпина Светлана Владимировна

Частное образовательное учреждение профессионального образования «Саянский техникум СТЭМИ»

Фармакология — это наука, которая изучает действие лекарственных веществ на организм человека и животных. Она является одной из самых древних наук, которая прошла долгий путь развития от примитивных представлений о лекарственных средствах до современных научных методов исследования.

История фармакологии делится на этапы: Древний мир, Средние века, Эпоха Возрождения и новейшее время каждый этап мы рассмотрим отдельно, и я расскажу, чем выделялся тот или иной этап истории.

В древности люди использовали лекарственные растения, минералы и другие природные вещества для лечения различных заболеваний. Они передавали свои знания из

поколения в поколение, и постепенно формировались основы фармакологии. И так методом проб и ошибок человечество накапливало знания по фармакологии.

Интересный факт, многие открытия были созданы случайно, например Шотландский биолог Александр Флеминг открыл Пенициллин следующим образом. Он забыл помыть пробирку со штаммами бактерий и уехал в отпуск. А когда вернулся увидел, что бактерии были убиты неизвестным штаммом гриба.

Приведу пример цивилизаций, которые внесли большой вклад в развитие фармакологии такие как Египет, Греция, Китай и Индия. В Древнем Египте египтяне использовали множество растений, например, мак, малина и чеснок, для лечения различных заболеваний. Они также создавали бальзамы и настои на основе растений для ухода за телом. Древние греки также внесли свой вклад в развитие фармакологии, Гиппократ и другие врачи применяли растения, минералы и другие природные вещества для лечения пациентов.

С развитием цивилизации и науки фармакология начала развиваться более активно. В средние века появились первые фармакологические трактаты, в которых описывались лекарственные средства и методы их применения.

В эпоху Возрождения фармакология получила новый импульс развития. Были открыты новые лекарственные вещества, разработаны новые методы их получения и применения. Такие как опиум (в виде порошка или настойки) — как обезболивающее и снотворное средство, ртуть — как лекарство от сифилиса, серу — как средство от кожных заболеваний, шафран — как лекарство от болезней желудка.

Кроме того, в эпоху Возрождения появились новые методы получения и применения лекарственных веществ, например, перегонка, кристаллизация и настаивание

Новейшее время в истории фармакологии началось после Второй мировой войны. В этот период были сделаны значительные открытия и изобретения, которые оказали большое влияние на развитие фармакологии.

Фармакология новейшего времени принесла очень много открытий, которые открыли новые методы лечения или улучшили старые.

Вот примеры **достижений фармакологии новейшего времени.**

Открытие и изучение новых групп лекарственных средств. В этот период были открыты и изучены новые группы лекарственных средств, такие как антибиотики, противоопухолевые препараты, психотропные средства и многие другие. Это позволило значительно расширить арсенал лекарственных средств и повысить эффективность лечения различных заболеваний.

Развитие биотехнологии. В новейшее время произошло бурное развитие биотехнологии, что позволило создавать новые лекарственные средства с использованием генной инженерии, клеточных технологий и других методов. Это открыло новые возможности для разработки более эффективных и безопасных лекарственных средств.

Создание новых лекарственных форм. В новейшее время были созданы новые лекарственные формы, такие как таблетки с контролируемым высвобождением, трансдермальные пластыри, ингаляционные препараты и многие другие. Это позволило улучшить биодоступность лекарственных средств и снизить риск побочных эффектов.

Исследование новых методов лечения рака. Исследователи изучают новые методы лечения рака, такие как иммунотерапия, таргетная терапия и использование стволовых клеток. Это может привести к новым эффективным методам лечения рака.

Создание новых вакцин. Учёные разрабатывают новые вакцины, которые могут защитить от новых и существующих вирусов и бактерий. Это важно для борьбы с инфекционными заболеваниями.

Развитие генной терапии. Генная терапия позволяет лечить заболевания путём изменения генов пациента. Это перспективное направление, которое может привести к созданию новых эффективных методов лечения.

Исследователи разрабатывают новые методы доставки лекарств, которые позволяют улучшить их эффективность и снизить побочные эффекты. Например, разрабатываются наночастицы, которые могут доставлять лекарства непосредственно к месту действия. Это

позволяет снизить дозу препарата, необходимую для достижения терапевтического эффекта, и уменьшить риск побочных эффектов.

Создание персонализированной медицины. Персонализированная медицина позволяет подбирать лечение в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Это может повысить эффективность лечения и снизить риск побочных эффектов. Для этого используются различные методы, такие как геномика, протеомика и метаболомика.

Исследование новых методов лечения аутоиммунных заболеваний. Аутоиммунные заболевания — это заболевания, при которых иммунная система организма атакует собственные клетки. Учёные исследуют новые методы лечения аутоиммунных заболеваний, такие как использование моноклональных антител и генная терапия.

Создание биосимиляров. Биосимиляры — это аналоги биотехнологических лекарственных средств, которые имеют сравнимые с оригиналом эффективность и безопасность, но стоят дешевле. Создание биосимиляров позволяет сделать инновационные препараты более доступными для пациентов.

Создание новых препаратов для лечения нейродегенеративных заболеваний. Нейродегенеративные заболевания — это заболевания, при которых происходит гибель нервных клеток. Учёные разрабатывают новые препараты для лечения нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и рассеянный склероз.

Это лишь некоторые из открытий в фармакологии в новейшем времени. Исследования продолжаются, и новые открытия могут привести к созданию более эффективных и безопасных лекарств.

Без фармакологии вся медицина осталось бы на уровне эпохи возрождения и нам пришлось лечить людей механически кровопусканием и другими устаревшими методами, которые могли бы не только не помочь ну и ухудшить состояние пациента !

Список используемых источников

1. Научная литература:
 - «История медицины» под редакцией Б.Д. Петрова.
 - «История фармации» под редакцией Т.С. Сорокиной.
 - «Очерки истории фармации» А.П. Нечаева.
2. Электронные ресурсы:
 - Государственная фармакопея Российской Федерации — официальный сайт фармакопеи, где можно найти информацию о лекарственных средствах и их применении.
 - Федеральная электронная медицинская библиотека — содержит множество научных статей, книг и диссертаций по медицине и фармакологии.
 - Российская государственная библиотека — предоставляет доступ к обширной коллекции книг, журналов и газет по различным темам, включая историю медицины и фармакологии.

ЗНАЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

*Фёдорова Ксения Николаевна
Руководитель: Серяпина Светлана Владимировна
ЧОУ ПО СТЭМИ «Частное образовательное учреждение
профессионального образования»
Саянский техникум СТЭМИ*

Фармакология имеет богатую историю развития, и огромное значение в современном мире!

Фармакология – наука о лекарственных средствах, о взаимодействии лекарственных веществ с организмом человека и о путях изыскания новых лекарственных средств (греч. pharmakon – лекарство, logos – учение).

Фармакология, используя достижения биологии, физиологии, фармации, химии и других наук, помогает решать проблемы профилактики и лечения заболеваний. Сегодня невозможно представить лечение любого заболевания без применения лекарственных средств. С этим мнением согласятся многие и никак не смогут его оспорить, потому что это факт и это истина, что лежит на самой поверхности.

В дальние времена, когда не было лекарственных препаратов и человек находился в постоянной опасности от вирусов, бактерий; банальная простуда могла стать причиной смерти

Люди умирали массово от чумы, туберкулёза, испанки и прочих болезней. Но были и те, кто занимались изучением различных трав, их свойств. Ученые мыслители такие как Авиценна раз за разом занимались смешиванием различных компонентов.

Фармакология, как наука, развивалась не одно поколение. Читая её богатую историю, мы видим много ошибок, неудачных экспериментов и препаратов. Значение данной науки велико - в древние времена, каждый из учёных и врачей, развивал своё учение и переписывал теорию другого. Таким образом ученые совершенствовались и развивали фармакологию. Основываясь на независимых исследованиях, была разработана не одна вакцина и терапия от заболеваний.

Когда-то неизлечимым считался алкоголизм, но благодаря трудам Э. Крепелина, К. Бонгеффера, Э. Блейлера, С. С. Корсакова, С. Г. Жислина, И. В. Стрельчука, алкоголизм включили в перечень заболеваний и разработали терапию лечения. Обратили внимание и на такую проблему как наркомания, благодаря статье британского поэта Томаса Де Квинси. Далее признание депрессии и разработка антидепрессантов, которые спасли не одну жизнь от суицида и помогли полноценно жить многим страдающим от этого недуга. Аминазин стал прорывом в психотерапии и помог многим больным шизофренией избежать лоботомии и лечения электрическим током. Благодаря трудам Пинели в лечение психических расстройств. Люди, страдающие расстройством, получили статус больных и получили право на щадящее и гуманное лечение, сохраняя таким образом свою трудоспособность.

Гиппократ говорил, что нужно лечить человека, а не болезнь в человеке, так как человек – это единение тела и души. Он создал теорию хранения лекарственных средств и классификацию их действия на организм. Все лекарственные вещества он делил на холодные, влажные, теплые и сухие, уделяя особое внимание лечению травами. Использовал для лечения в основном свежие растения в измельченном виде, стремился таким образом сохранить природу лекарственных средств, придавал большое значение условиям хранения лекарств. Среди растений, применявшихся в терапии Гиппократом и другими древнегреческими врачами, можно назвать анис, артемизию, белену, бузину, василек, гранат, дуб, душицу, жостер, зверобой, золототысячник, ирис, кардамон, клещевину, крапиву, лен, фиалку, молочай, паслен, подорожник и другие. В качестве наркотического средства применялся мак. Из минеральных веществ применялись медь, медный купорос, соединения свинца, железо, сера, известь, квасцы, красный сернистый мышьяк, поваренная соль. Учение Гиппократа состояло в том, что заболевание является не наказанием богов, а последствием природных факторов, нарушения питания, привычек и характера жизни человека, то есть, вполне обусловлены объяснимыми причинами.

Важнейшая часть фармакологии — сведения о лекарственных растениях — содержатся в сочинениях Галена. Гален следовал учению Гиппократа о гуморальной патологии, но внёс в эту концепцию существенные изменения. Гален внес множество идей о приготовлении лекарственных средств. В отличие от Гиппократа, Гален не считал необходимым сохранять первозданную и неделимую «жизненную силу» из неизменных растений — он утверждал, что в них есть как полезные, так и бесполезные, или даже вредные компоненты; различными методами можно отделить первые от вторых. Врач должен распознавать эти начала, использовать измельчение, растирание, настаивание, отваривание в вине, уксусе, воде. Галеновы и неогаленовые препараты являются широко используемыми лекарственными средствами до сих пор.

Значительный вклад в современную фармакологию внес Авиценна, известный под именем Ибн Сина. Он является автором знаменитого труда «Канон медицины», в этом труде Авиценна систематизировал знания в области медицины и фармакологии. Одним из наиболее значимых вкладов Авиценны в фармацевтику является его работа над испарением и дистилляцией эфирных масел. Он разработал методы дистилляции растений и получения эфирных масел, что позволило значительно расширить возможности фармакологических исследований и разработки лекарств.

Кроме того, Авиценна сделал важные открытия в области фармакологических препаратов и их классификации. Он классифицировал лекарственные средства на основе их происхождения (растительные, животные, минеральные) и действия на организм. Эта классификация стала основой для развития фармакогнозии.

В России с XVI по XVIII век существовали специальные сады для выращивания лекарственных растений, а информация о них фиксировалась в книгах «травниках» и «зелейниках». В 1778 году была опубликована первая российская фармакопея «Pharmacosroea Rossica». В конце XVIII - начале XIX веков появились другие подробные руководства по лекарствоведению на русском языке, такие как: «Врачебное веществословие» и «Фармакография», которые переиздавались несколько раз. Николай Иванович Пирогов, используя наркоз в хирургии, спас множество жизней и положил начало анестезиологии. Опиум, морфин, амфетамин и прочие наркотические вещества в 19-20 веке были лекарственными препаратами, отпускаемыми по рецепту врача, пока не доказали возникновение зависимости от них, и их не запретили на законодательном уровне.

Неоценимый вклад в развитие фармакологии внес Иван Петрович Павлов. Он работал около 16 лет в области экспериментальной фармакологии (клиника Боткина и Петербургская медико-хирургическая академия). Под его руководством были исследованы сердечные гликозиды, жаропонижающие средства, влияние бромидов и кофеина на ЦНС (психофармакология), воздействие кислот, щелочей, спирта этилового на пищеварение. Всего им и под его руководством было выполнено более 80 работ в области экспериментальной фармакологии. Дальнейшее развитие идей Павлова продолжили его ученики Н.Н. Аничков, В.В. Савич, Д.Л. Каменский, Н.А. Сошестввенский и ряд других.

Фармакология эта самая важная медицинская наука и сотни спасенных жизней тому подтверждение!

Список использованных источников

1. В.С. Чабасов «Фармакология» 3 издание. Минск «высшая школа» 2022
2. Баймуратова Г.А, Турсынбекова Х.К. кафедра «Фармакологии и нормальной физиологии» Нукусский филиал Ташкенский педиатрический медицинский университет, Республика Узбекистан, г.Нукус. « Роль клинической фармакологии в современной медицине»
3. М.Ш.Ибрагимова, О.Х. Холмуродов Самарканский государственный медицинский университет. «Вклад Авиценны в развитие современной фармакологии»
4. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Кафедра истории, экономики и права К.А.Шпека «всеобщая история психиатрических концепций», учебно-методическое пособие, Екатеринбург 2022
5. <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=3979>
6. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Фармакология>
7. https://revolution.allbest.ru/medicine/00543909_0.html
8. https://studopedia.ru/2_29116_istoriya-razvitiya-farmakologii.html#:~:text=Неоценимый%20вклад%20в%20развитие%20фармакологии,этилового%20и%20горечей%20на%20пищеварение
9. https://spravochnick.ru/farmakologia_i_farmacia/osnovnye_etapy_razvitiya_farmakologii/#farmakologiya-v-xviii-xix-yy
10. https://ru.wikipedia.org/wiki/Алкоголизм#История_изучения

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАТУИРОВОК У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ К ТАТУИРОВАННЫМ МЕДРАБОТНИКАМ

*Цыганкова Екатерина Владимировна, Поздерина Елена Сергеевна,
Роева Кристина Петровна, Шульмина Анастасия Александровна
Руководитель: Тезов Андрей Адольфович, к.м.н.
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Традиция нанесения тату на тело имеет многовековую историю. При этом по мере развития истории менялся смысл и назначение тату.

Долгое время татуировка была свидетельством принадлежности к определенной социальной группе, чаще всего криминальной. Однако, в последние десятилетия татуировка стала проявлением моды и способом самовыражения.

По данным опроса Всероссийского центра исследования общественного мнения, проведенного в 2019 году [1], около 11% россиян имеют на теле постоянные татуировки. А среди молодежи этот процент по данным некоторых исследований [2] более 16% (Рисунок 1).

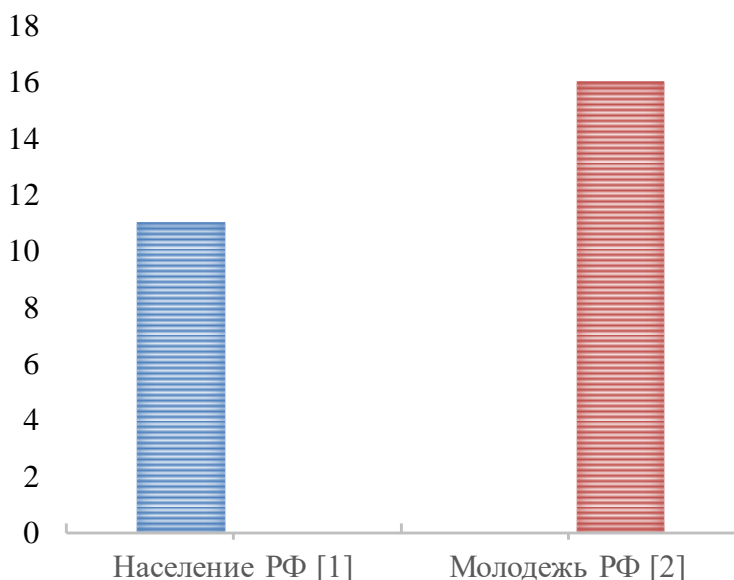


Рисунок 1 - Частота встречаемости татуировок у населения РФ (%)

При этом можно отметить, что татуировка среди молодежи набирает все большую популярность. Сейчас для молодых людей рисунки на теле или пирсинг – это способ заявить о себе. Современные молодые люди считают, что они имеют право экспериментировать с собственным телом. Татуировки перестали быть знаком принадлежности к какой-либо маргинальной группе, сейчас это просто часть облика [3].

Студенты медицинских образовательных учреждений и медицинские работники не отстают от «трендов» и тоже делают татуировки. При посещении практически каждой больницы можно увидеть врача или медсестру с татуировкой на видном месте.

Стоит уточнить, что внутренние трудовые распорядки медицинских учреждений не ограничивают работников в подобном способе самовыражения.

Остается открытым вопрос об отношении *больных* к таким способам самовыражения и о том, как наличие тату влияет на уровень доверия пациентов к медицинскому работнику.

В этой связи целью настоящей работы явилось исследование распространенности татуировок у студентов-медиков и сравнительная оценка

отношения к татуировкам у студентов Барнаульского базового медицинского колледжа (далее ББМК) с отношением пациентов к татуированным медработникам.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 370 студентов 1-4 курсов лечебного отделения ББМК. Изучение наличия и отношения к татуировкам проводилось методом опроса. Анонимная анкета включала вопросы о наличии татуировок на видных местах (руки, ноги, шея), отношения студентам к татуировкам, их мнение о согласовании

наличия татуировок с врачебной этикой, а также оценку восприятия пациентами татуировок у врачей.

Для оценки степени доверия к татуировкам у медицинских работников были опрошены 200 пациентов стационара Барнаульской Городской больницы №8.

Полученные данные обрабатывались методом параметрической статистики по Стьюденту. Различия расценивались как достоверные при уровне ошибки менее 5%.

Результаты исследования показали, что среди студентов 2-4 курсов лечебного отделения ББМК частота встречаемости татуировок на видных местах мало различается и в среднем составляет 15,7%, тогда как на 1 курсе встречается значительно реже, всего в 3,7% случаев ($p < 0,001$).

Вероятно, это связано с большим количеством несовершеннолетних студентов на 1 курсе. В целом частота встречаемости татуировок у студентов ББМК соответствует общероссийским закономерностям, описанным в литературе.

При этом достоверно больше студентов ($p < 0,001$) на каждом из курсов, а в среднем – это 23%, относятся к татуировкам одобрительно (Рисунок 2).

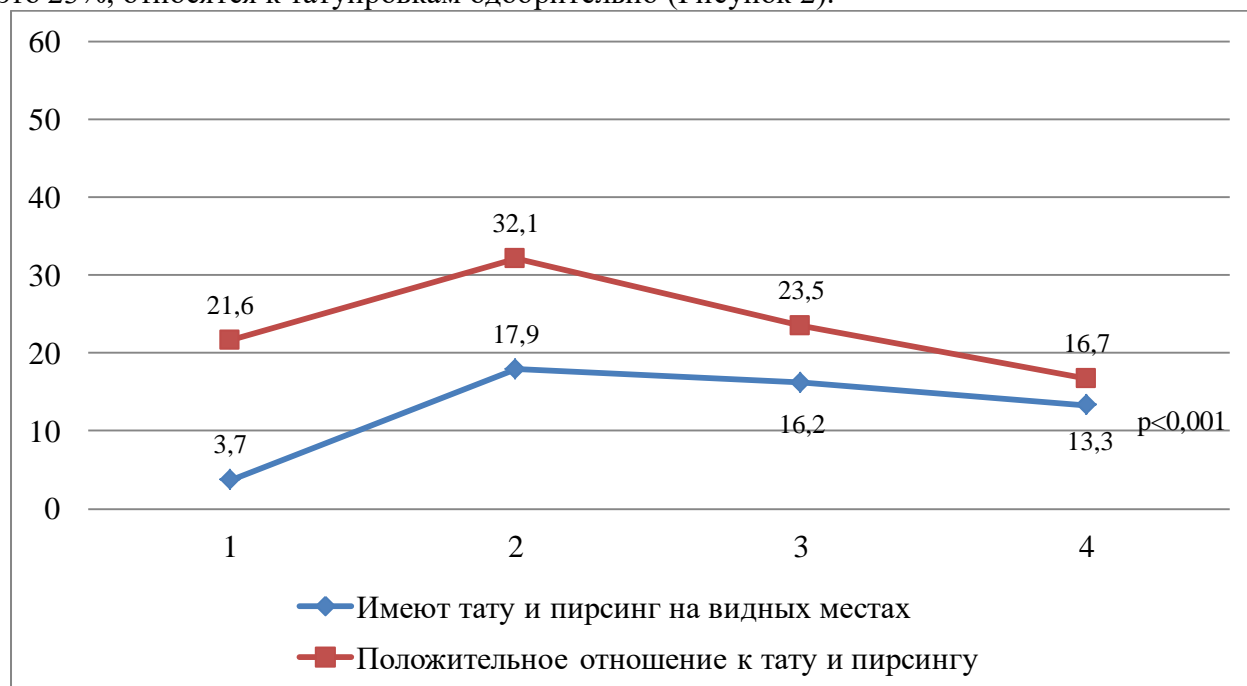


Рисунок 2. Отношение к татуировкам студентов ББМК по курсам (%)

Благодаря опросу мы выяснили, что подавляющее большинство студентов, в среднем 74%, уверены, что наличие татуировок у медицинских работников никак не влияет на доверие к ним пациентов.

Интересными оказались результаты исследования отношения пациентов к татуированным медицинским работникам.

Было установлено, что в 66% случаев наличие татуировки у медработника не влияет на уровень доверия пациентов к нему. И это достоверно не отличается от точки зрения наших студентов ($p > 0,05$).

При этом совсем не доверяют татуированным медикам всего 15,5 % пациентов. В то же время среди наших студентов в таком недоверии убеждено даже большее количество опрошенных, которое составило 23% ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Частота наличия татуировок на видных местах у студентов лечебного отделения ББМК имеет ограниченный характер, примерно соответствует таковой у российской молодежи и в среднем составляет не более 16%.
2. При этом только 23% студентов относятся к татуировкам одобрительно.
3. Влияние тату у медработников на доверие пациентов к медсестрам, врачам, фельдшерам статистически незначительно и, вероятно, не является значимой деонтологической проблемой на сегодняшний день.

Однако, нам представляется необходимым введение в курс обучения такого направления этического воспитания будущего медработника, как влияние его внешнего вида на доверие пациентов и приверженность лечению.

Список использованных источников

1. На эту и на ту, зачем мы бьем тату? Обзор ВЦИОМ. – 2019. – Текст электронный. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/na-etu-i-na-tu-zachem-my-bem-tatu>
2. Рыжак А.А., Марова Е.А., Тюлюкина М.М. Татуировка в культуре современной молодежи // Современная наука: проблемы, идеи, тенденции: материалы Международной научно-практической конференции. Нефтекамск, 2019. С. 165–170.
3. Шуляр Э.Ю. Мода на татуировку у современной молодежи // Universum: филология и искусствоведение: электрон. научн. журн. 2022. 12(102). - Текст электронный. - URL: <https://7universum.com/ru/philology/archive/item/14680>

ШКОЛА РЕАЛЬНЫХ ДЕЛ

Шпилевская Надежда Евгеньевна, Лукиянчук Олеся Алексеевна
Руководитель: Е.А.Хомякова
ОГБПОУ «Братский медицинский колледж»

В рамках участия в городском проекте «Школа реальных дел», который является частью Всероссийской программы «Школа нового поколения» был реализован проект, призванный познакомить дошколят с окружающей средой и ее влиянием на организм человека через создание метеоплощадки на территории МБОУ «ДСОВ №101» г. Братска.

Детство – это радостная пора открытий. В процессе ознакомления с природой и окружающей действительностью ребенок учится говорить, мыслить, общаться, осваивает нормы социальной и экологической этики. Одним из важнейших условий реализации системы экологического образования в дошкольном учреждении в соответствии с ФГОС ДО является правильная организация развивающей предметной среды, которая обеспечивает реализацию образовательного потенциала пространства организации, как группы, так и участка. Развивающая предметно-пространственная среда должна обеспечивать возможность общения и совместной деятельности детей и взрослых. Организация образовательного пространства и разнообразие материалов, оборудования и инвентаря (в здании и на участке) должны обеспечивать игровую, познавательную, исследовательскую и творческую активность всех категорий воспитанников, экспериментирование с доступными материалами.

Метеоплощадка обеспечивает возможность проведения практических работ, систематических наблюдений за погодой, сезонными явлениями в окружающей среде. Дети получают возможность определять погоду с помощью специального оборудования, что вызывает у них большой интерес. Следят с помощью дневника наблюдений за показаниями температуры и влажности воздуха, узнают как эти параметры влияют на самочувствие человека. Проект реализовывался с октября 2023 года -ноябрь 2023 года.

На первоначальном этапе проводился замер территории и продумывание оборудования метеоплощадки.

Основное оборудование, установленное на площадке:

– Флюгер - состоит из неподвижного вертикального стержня и подвижной части-флюгарки, которая вращается на стержне и устанавливается по ветру так, что положение стрелки показывает то направление, куда дует ветер. Флюгарка состоит из лопасти и стрелки. На перекладинах нанесена разметка сторон света (С-Ю-З-В), для лучшей ориентировки детям. Ориентировка флюгера по сторонам света выполняется с помощью компаса.



Рисунок 1- Замер территории



Рисунок 2- Оборудованная метеоплощадка

– Снегомер - Наблюдения за снежным покровом состоят из измерения его высоты. Характер залегания снежного покрова определяется по признакам: равномерный (без сугробов), умеренно неравномерный (небольшие сугробы) без оголенных мест или с оголенными местами. Очень неравномерный (большие сугробы) без оголенных мест или с оголенными местами. С проталинами. Лежит только местами.

Для ежедневных наблюдений высоты снежного покрова применяется снегомерная рейка.

– Солнечные часы - Прибор для определения времени по изменению длины тени от гномона и ее движение по циферблату.

– Осадкомер - Прибор для сбора и измерения количества выпавших атмосферных осадков. Он представляет собой цилиндрическое ведро, устанавливаемое на метеоплощадке. Количество осадков определяется путем сливания попавших в ведро осадков в специальный дождемерный стакан.

– Термометр - Термометр спиртовой служит для определения температуры воздуха. Он состоит из шкалы и стеклянной трубки с окрашенной жидкостью. На шкале есть деления. Каждое деление обозначает один градус. Цифры, стоящие около делений, показывают число градусов. Ноль—граница между градусами тепла и градусами холода. Отсчет температуры ведут от 0°. Вверх от 0 отсчитывают градусы тепла, вниз— градусы холода. Конец столбика подкрашенной жидкости показывает число градусов. Температуру записывают с помощью условных знаков. Например, пять градусов тепла записывают так: +5°, а пять градусов холода так: — 5°.

- Гигрометр - измерительный прибор, предназначенный для определения влажности воздуха.
- Стенд "Времена года/дни недели/погодные условия/направление ветра" визуализатор погодных условий, фиксации направления ветра.
- Составленные рекомендации по работе с оборудованием. Выполнены в виде брошюры формата А5.

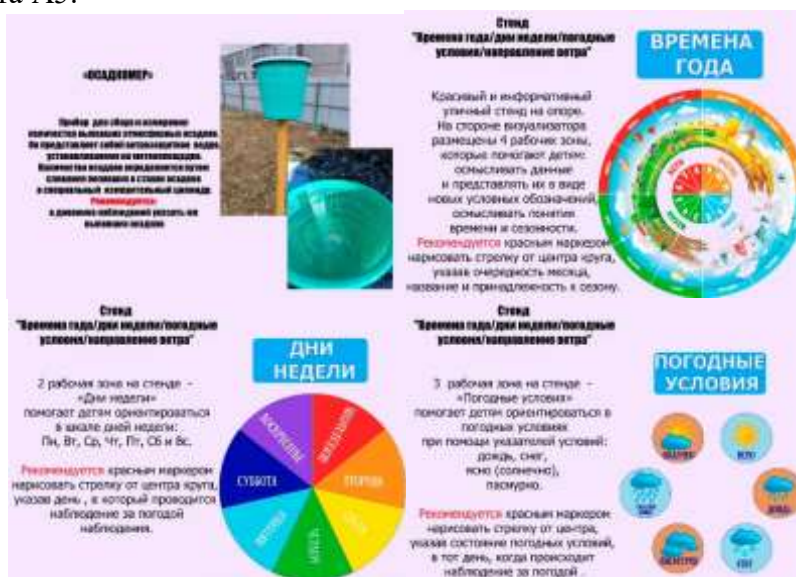


Рисунок 3 -Рекомендации по работе с осадкомером и визуализатором погоды



Рисунок 4 -Рекомендации по работе с термометром и снегомером



Рисунок 5 – Рекомендации по работе со флюгером и солнечными часами

Для работы с детьми на метеоплощадке был разработан дневник наблюдений за погодой, который включает в себя страницы для зимних месяцев, весенних, летних и осенних месяцев. На каждой странице дневника указаны элементы метеоплощадки с учетом сезонности (отсутствует снегомерная рейка в летний месяц).



Рисунок 6 – Дневник наблюдений за погодой

Проект ценен тем, что деятельность его не ограничивается определенными сроками. Оборудованная на территории детского сада метеоплощадка позволяет вести системную воспитательно-образовательную работу с детьми дошкольного возраста во время проведения прогулок, праздников и развлечений, познавательной деятельности, организовывать досуг семей воспитанников детского сада.

Кроме того, метеоплощадка, как структурный компонент экологического пространства детского сада, предусматривает возможность своей постоянной модернизации и наращивания возможностей.



Рисунок 7-Тематическое занятие, проводимое на площадке

Создан понятный и удобный для детского восприятия дневник наблюдений за погодой, учитывающий все установленные на площадке приборы (термометр, гигрометр, ловец облаков, флюгер, снегомер, осадкомер, стенд визуализатор погоды и солнечные часы). В дальнейшем возможно установление маркерной доски для фиксации результатов.

Обустройство метеоплощадки позволит разрабатывать различные экологические проекты, включая эффективные методические приемы формирования у детей дошкольного возраста экологической культуры, будет направлен на внимание к окружающей среде, метеорологическим изменениям и их влиянии на здоровье человека.

Список использованных источников

1. Баранникова Э., Тарасевич П. Создание развивающей среды на участке детского сада // Ребенок в детском саду. – 2002. - №3. – с.76.
2. Богомолова Н. И. Развивающая среда в экологическом образовании дошкольников: // Воспитатель дошкольного образовательного учреждения. – 2009 - №5 – с.19-21
3. Иванова А. И. Методика организации экологических наблюдений и экспериментов в детском саду: Пособие для работников дошкольных учреждений. - М.: ТЦ Сфера, 2004 - 113 с.
4. Кузнецова Л. В. Взаимодействие детского сада и семьи в экологическом воспитании детей // Дошкольная педагогика. – 2009 №6. – с.54-57

ПЫЛЬ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

*Баткар Вероника Владимировна,
Руководитель: Салчак Айлана Сергеевна,
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»*

Домашняя пыль - одна из самых распространенных причин аллергических реакций, которая может с течением времени привести к возникновению полноценного аллергического заболевания, например, бронхиальной астмы. Конечно, в состав пыли входит множество аллергенов, но одним из самых значимых является клещ домашней пыли.

Пыль образуется крошечными твердыми частичками, размеров от 10 мкм до 10 см, находящимися в воздухе во взвешенном состоянии. Она, как правило, поднимается с земли ветром, затем носится в воздухе под воздействием воздушных течений, пока вновь не оседет на поверхность под влиянием земного притяжения или вместе с дождем и снегом.

Источники пыли могут быть самые разные. Она появляется в результате выветривания почвы, выбрасывается из кратеров вулканов при извержениях, содержится в выхлопных газах автомобилей и других транспортных средств и даже в океанских брызгах. У нас дома в пыли можно найти пески пустыни Сахары, пепел из японского вулкана Сакурадзима, соль из Тихого океана, микрочастицы почвы и множество других интересных вещей.

Большинство компонентов домашней пыли являются потенциальными аллергенами. То, что у некоторых людей домашняя пыль может вызывать аллергические реакции мы знаем давно, но лишь около двадцати лет назад стало известно, что аллергия вызывается не самой пылью, а живущими в ней микроскопическими клещиками.

То есть, основной причиной возникновения аллергий, которую вызывает домашняя пыль, являются пылевые клещи или дерматофагоиды (пожиратели кожи).

А как пыль влияет на здоровье человека? На этот вопрос мне и предстоит ответить после проведения исследований. Ведь изучение влияния различных внешних факторов на наше здоровье очень важно для современной науки.

Цель: изучить домашнюю пыль и ее влияние на организм человека.

- Задачи:**
- 1) изучение материала по данной теме;
 - 2) изучение аллергических заболеваний, связанных с пылью;
 - 3) провести исследования о составе домашней пыли;
 - 4) разработать рекомендации по борьбе с пылевыми клещами.

Гипотеза: пыль влияет на организм человека; если не уделять должного внимания охране чистоты воздуха, то со временем человеку будет сложно дышать без последствий, связанных со здоровьем

Предмет исследования: домашняя пыль

Объект исследования: здоровье человека

Методы исследования:

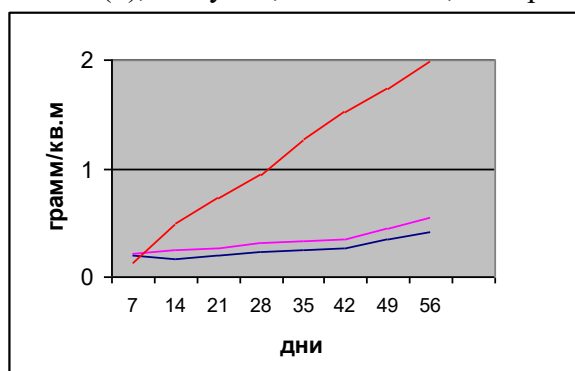
1. изучение теоретического материала по теме;

2. анализ;
3. практическая работа.

Актуальность работы в том, что давно известно, что среди различных факторов внешней среды, влияющих на здоровье населения, особую роль играет загрязнение атмосферного воздуха.

Скорость отложения домашней пыли

В разных условиях скорость отложения домашней пыли может отличаться, в зависимости от того, насколько запылен окружающий воздух. Пыль уловили на квадратики липкой ленты, расположенные на полу спальни под батареей (1), в спальне на высоте 2,2 метра от пола (2), на кухне, на высоте 1,6 метра от пола (3).



Пальне под батареей

кухня на высоте 1,6 м от пола

спальня на высоте 2,2 м от пола

Анализируя данные графика, можно сделать вывод, что большее количество пыли и быстрее она откладывается на полу в спальне под батареей (почти 2 г/кв.м.)

Что содержится и живет в домашней пыли?

Взяты образцы пыли с подоконника окна, под батареей и кроватью. Образцы всех этих видов пыли имеются в любой квартире. Полученные образцы пыли я поместила под микроскоп.

В данных образцах было обнаружено: цветочная пыльца (особенно много ее оказалось на подоконнике), черная шерсть домашнего животного (кошки), в образцах, взятых из-под кровати и под батареей были обнаружены синтетические волокна белого и зеленого цвета. Здесь же оказалось немного дрожжевых грибков.

Заглянем в мир пыли

А теперь приступим к непосредственному изучению объекта исследования.

Цель исследования: обнаружить в обычной домашней пыли пылевых клещей.

Приборы и материалы: микроскоп, пылесос, кусочек ткани, тонкая иголка на деревянной ручке, сильная лупа, пробирка или мензурка, раствор поваренной соли, стеклянный сосуд с плоским дном.

Начинаем работу. Надев на трубу пылесоса кусочек ткани, чтобы сразу отсеять крупный мусор, я просто пропылесосила матрасы, подушки и одеяла, мягкую мебель. Собранную пыль еще раз просеяла (чтобы освободить ее от ниточек ткани, от волос и другого волокнистого материала).

Полученную пыль просматриваем под сильной лупой. Размер клещей – 1-2 десятых миллиметра, то есть на пределе видимости человеческим глазом. Для удобства проведения опыта, установим лупу на штатив. Необходимо хорошее освещение.

Замеченного клещика (он выдал себя движением) подцепляем тонкой иголкой на деревянной ручке и пересаживаем на предметное стекло микроскопа в каплю глицерина. Чтобы движение клеща не мешало наблюдению. Затем накрываем каплю покровным стеклом и ставим под микроскоп. Тело клеща покрыто толстым хитиновым покровом, который он, очевидно, сбрасывает при линьке. Эти организмы относят к членистоногим, т.к. их конечности состоят из нескольких частей – члеников. На этих маленьких лапках еле

заметны микроскопические волоски.

Глицерин просветляет хитиновый покров клеща, поэтому постепенно все яснее проступают черты внутреннего устройства этого микроскопического паукообразного.

Таким способом можно увидеть только живых клещиков. А чтобы рассмотреть их шкурки, сброшенные при линьке, воспользуемся так называемым методом *флоротации*. Одну объемную часть просеянной пыли заливаем в пробирке или мензурке 20 частями насыщенного раствора поваренной соли. Смесь быстро перемешиваем, но так чтобы не образовалась пена. Добавляем 5-10 капель 10%-ного раствора стирального порошка (в качестве поверхностно-активного вещества) и отстаиваем в течение 10-15 минут. Затем верхний слой раствора сливаем в широкий стеклянный сосуд с плоским дном и просматриваем под сильной лупой или при малом увеличении микроскопа. Более легкие органические частицы всплывают в растворе соли, а тяжелые минеральные оседают на дно. Среди чешуек кожи и других органических пылинок не так уж трудно найти мертвых клещей.

Вывод: в обычной домашней пыли действительно существует жизнь. Это пылевые клещи. С помощью микроскопа я изучил их внешнее строение и жизнедеятельность.

Заключение

В результате выполнения работы, сделаны выводы:

1. Пыль наносит огромный вред нашему здоровью: содержит огромное количество вредных веществ, которые провоцируют развитие аллергии, болезней дыхательной системы, различных воспалительных заболеваний даже у совершенно здорового человека при длительном контакте. Мы все в своих квартирах, домах, классах и помещениях должны следить за чистотой воздуха, которым дышим. В нашей стране проводится большая борьба с загрязнением воздуха. Принят Закон об охране атмосферного воздуха.

2. В школе пыли образуется больше в тех местах, где ученики находятся в постоянном движении: быстрее стирается подошва обуви, покрытие пола, постоянно поднимаются в воздух частички одежды, волос, шерсти домашних животных, пылевые и бумажные клещи.

3. Улучшить качество нашего воздуха мы можем регулярными влажными уборками и проветриванием комнат и классов.

4. Большую роль в поддержании чистоты воздуха играют зеленые цветы: они поглощают углекислый газ и выделяют кислород, листья задерживают частицы пыли.

5. На основании изученных фактов, мы предлагаем рекомендации по борьбе с пылью, которые можно использовать в школе и дома

Рекомендации

В школе:

1. Обязательная смена обуви, т.к она значительно уменьшает содержание пыли в школе, поскольку не содержит уличной грязи.

2. Проводить влажную уборку не реже 2 раз в день, используя специальные моющие средства.

3. Обязательное проветривание классных помещений за 15 – 20 мин до учебных занятий.

4. Обязательное проветривание классных помещений после каждого проведенного урока на 10 – 15 мин.

5. Ежедневная влажная уборка кабинетов не только после окончания 1-ой смены, но и на больших переменах, которые длятся не менее 15 мин.

6. Ежедневная влажная уборка в кабинетах не только полов, но и классной мебели (шкафов, подоконников).

7. Желательно использовать в классных кабинетах очистители воздуха.

Дома:

1. Проводить влажные уборки не реже 1 раза в день, используя специальные моющие средства. В сухом воздухе пыль не оседает часами. Поэтому необходима влажная уборка и контролируемое увлажнение, особенно в отопительный сезон.

2. Проветривая комнату, вы избавитесь от пыли, находящейся в воздухе и насытите комнатный воздух свежим кислородом.

3. В подушках, в матрацах, в одеялах, в коврах и мягких игрушках необходимо уничтожать пылевых клещей. Зимой можно их проморозить на снегу, а летом прогреть на солнце.

4. Комнатные тапочки нужно менять на новые каждые три месяца.

5. Если дома есть своя библиотека, то книги не должны храниться во влажных местах. Со временем пролистывать книги, так как между страницами скапливается пыль.

Список использованных источников

- Зотов Б.И., Курдюмов В.И. Безопасность жизнедеятельности на производстве. - 2е изд., перераб. и доп. М.:КолосС, 2006. 432 с.
- Кривошеин Д.А., Муравей Л.А., Роева Н.Н. Экология и безопасность жизнедеятельности: учеб. пособие для вузов.; Под ред. Л.А. Муравья. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000. 447 с.
- Учебное пособие Часть 2 Производственная безопасность. 2006.
- Хван Т.И., Хван П.А. Безопасность жизнедеятельности, Ростов-на-Дону: «Феникс». 2000. 352 с.
- Безопасность Жизнедеятельности: [Электронный ресурс] // Информационный сайт по Безопасности Жизнедеятельности. URL: <http://www.kornienko-ev.ru/BCYD/page232/page493/index.html/>. (Дата обращения: 05.10.2012).
- Безопасность жизнедеятельности и производственная среда: [Электронный ресурс] // URL: http://library.tuit.uz/skanir_knigi/book/bezop_jizned/bezop_jizni1.htm/. (Дата обращения: 05.10.2013).
- Гигиена Труда. Промышленная Пыль: [Электронный ресурс] // Охрана труда и БЖД. URL: <http://ohrana-bgd.narod.ru/pil1.html/>.(Дата обращения: 05.10.2013).
- . Действие пыли на организм: [Электронный ресурс] // URL: <http://cleaningfresh.ru/section/111/>. (Дата обращения: 12.10.2013).

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЗАБОТА О ПАЦИЕНТАХ

Бахарева Татьяна Алексеевна

Руководитель: Гуревская Надежда Анатольевна

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Иркутский государственный университет путей сообщения» (ФГБОУ ВО ИРГУПС) Медицинский колледж железнодорожного транспорта

В современном мире информационные технологии играют ключевую роль в различных областях жизни, и медицина не является исключением. Внедрение ИТ в сферу здравоохранения открывает новые возможности для улучшения качества медицинского обслуживания, оптимизации рабочих процессов и повышения доступности медицинской помощи. Информационные технологии в медицине привносят инновации, которые способны изменить подход к диагностике, лечению и управлению здравоохранением.

Медицинские информационные системы (МИС) являются одним из основных элементов внедрения ИТ в медицину. Они позволяют собирать, хранить и обрабатывать данные о пациентах, истории болезней, результаты анализов и другую важную информацию. Благодаря информационным технологиям врачи могут оперативно получать доступ к данным, что улучшает качество принимаемых решений, сокращает время на поиск информации и позволяет сделать лечение более эффективным и безопасным для пациентов.

Одним из важных преимуществ использования информационных технологий в медицине является возможность создания электронных медицинских карт (ЭМК). ЭМК объединяют в себе все данные о здоровье пациента в одном удобном формате, который

доступен врачам и другим специалистам в любое время и в любом месте. Это повышает координацию медицинской помощи, уменьшает вероятность ошибок и дублирования исследований, а также повышает уровень удовлетворенности пациентов.

Системы поддержки принятия клинических решений (СППКР) – это еще один важный аспект использования ИТ в медицине. СППКР основаны на алгоритмах и базах данных, которые помогают врачам принимать обоснованные клинические решения, опираясь на научные данные и рекомендации. Такие системы помогают сократить количество ошибок и осложнений, улучшают результаты лечения и снижают издержки на здравоохранение.

С развитием технологий искусственного интеллекта (ИИ) и машинного обучения стали возможны новые подходы к диагностике и лечению заболеваний. Алгоритмы глубокого обучения и анализа больших данных позволяют проводить более точную диагностику, выявлять скрытые закономерности в медицинских данных и предсказывать возможные осложнения у пациентов. Использование ИИ и машинного обучения в медицине открывает новые перспективы для персонализированной медицины и разработки инновационных подходов к лечению.

Развитие информационных технологий в медицине является одной из наиболее важных и приоритетных задач современного здравоохранения. Внедрение новейших разработок в этой области направлено на повышение качества и доступности медицинской помощи, совершенствование диагностики и лечения, а также на создание более эффективной системы управления медицинскими процессами. Цели развития информационных технологий в медицине многогранны и охватывают различные аспекты здравоохранения.

Информационные технологии позволяют врачам получать доступ к актуальной информации о пациентах, их историям болезни, результатам анализов и исследований в режиме реального времени. Электронные медицинские карты и централизованные базы данных обеспечивают быстрый обмен информацией между специалистами, что значительно повышает качество диагностики и лечения.

Развитие таких технологий, как телемедицина, дистанционный мониторинг и цифровая обработка медицинских изображений, открывает новые возможности для более точной и своевременной диагностики заболеваний. Телемедицинские консультации позволяют пациентам получать квалифицированную помощь независимо от их местоположения, а цифровая обработка изображений повышает точность интерпретации результатов исследований.

Информационные технологии играют ключевую роль в развитии персонализированной медицины, основанной на индивидуальных генетических и биологических особенностях пациента. Анализ больших данных (Big Data) и применение искусственного интеллекта позволяют выявлять закономерности и разрабатывать индивидуальные подходы к лечению и профилактике заболеваний.

Внедрение информационных систем позволяет оптимизировать процессы управления в медицинских учреждениях, повышая эффективность использования ресурсов и сокращая административные издержки. Системы электронного документооборота, планирования и контроля способствуют более рациональной организации работы медицинского персонала и лучшему распределению ресурсов.

Телемедицина и удаленный мониторинг состояния пациентов становятся все более важными направлениями в здравоохранении. Эти технологии позволяют обеспечить медицинское обслуживание в отдаленных районах, а также осуществлять постоянный контроль за хроническими заболеваниями, минимизируя необходимость госпитализации.

Информационные технологии играют ключевую роль в проведении медицинских исследований и клинических испытаний. Электронные системы сбора и анализа данных обеспечивают более точные и быстрые результаты, а также позволяют проводить исследования в глобальном масштабе, объединяя усилия научных центров по всему миру.

Развитие информационных технологий открывает новые возможности для обучения и профессионального развития медицинских работников. Виртуальные симуляторы и интерактивные обучающие системы позволяют отрабатывать практические навыки в

безопасной среде, а дистанционное обучение и телеконференции обеспечивают доступ к актуальной информации и обмен опытом с коллегами из разных стран.

Информационные технологии значительно повышают эффективность работы медицинских учреждений. Некоторые из наиболее важных примеров информационных технологий в медицине:

1. Электронные медицинские записи (ЭМР). ЭМР представляют собой электронную версию традиционной медицинской документации. Они могут содержать информацию о медицинской истории пациента, результатах обследований, рецептах, анализах и т.д. Использование ЭМР позволяет врачам быстро получать доступ к необходимой информации, снижать риск ошибок и улучшать координацию ухода за пациентами.

2. Мобильные приложения для здоровья. С помощью мобильных приложений пациенты могут отслеживать свои показатели здоровья, вести дневник симптомов, получать рекомендации по лечению и поддерживать коммуникацию с врачами. Мобильные приложения также могут использоваться для напоминания о приеме лекарств, медицинских процедурах и регулярных обследованиях.

3. Виртуальная реальность (VR) и дополненная реальность (AR) в реабилитации и обучении. VR и AR используются для симуляции реальных ситуаций и создания интерактивных обучающих программ для студентов медицинских учебных заведений. Они также эффективно применяются в реабилитации пациентов после травм или операций.

Эти примеры лишь небольшая часть информационных технологий, которые успешно интегрированы в медицинскую практику. Будущее медицинской отрасли неразрывно связано с дальнейшим развитием ИТ, которые будут продолжать улучшать качество жизни пациентов и сокращать сроки их излечения.

Однако, внедрение информационных технологий в медицину также вносит свои вызовы и проблемы. Одной из основных проблем является защита конфиденциальности медицинских данных пациентов.

Защита конфиденциальности медицинских данных пациентов является одним из наиболее важных аспектов в сфере здравоохранения. С развитием цифровых технологий и переходом к электронным системам хранения и обработки данных, конфиденциальность стала более уязвимой перед рисками несанкционированного доступа, утечки информации и злоупотребления.

Одной из основных проблем защиты конфиденциальности медицинских данных является уязвимость информационных систем и отсутствие должного уровня защиты данных. Хакеры и злоумышленники могут взламывать слабозащищенные сети и доступ к чувствительной медицинской информации. Это не только представляет угрозу для конфиденциальности пациентов, но также может привести к идентификации, финансовым убыткам и даже угрозам здоровью.

Важной проблемой является также человеческий фактор. Недостаточная осведомленность и обучение персонала здравоохранения по вопросам защиты данных, а также недобросовестное обращение с информацией могут привести к утечкам и нарушениям конфиденциальности. Рассмотрение медицинских данных пациентов без необходимой авторизации, передача информации третьим лицам без согласия пациента – это лишь несколько примеров человеческого фактора, угрожающего конфиденциальности данных.

Другой аспект проблемы конфиденциальности медицинских данных – это использование данных в коммерческих целях. В мире, где данные – ценный ресурс, информация о здоровье может стать объектом монетизации. Медицинские учреждения и компании, работающие с медицинскими данными, могут продавать или передавать информацию третьим лицам без согласия пациентов, что противоречит этическим принципам и законодательству о защите конфиденциальности.

Нарушения конфиденциальности медицинских данных несут важные последствия для пациентов и общества в целом. Пациенты теряют доверие к медицинским учреждениям и специалистам, а также опасаются за сохранность своих личных данных. С момента, когда конфиденциальность нарушена, возможны финансовые, психологические и даже физические последствия для пациентов.

Для решения проблемы защиты конфиденциальности медицинских данных необходимо принятие комплексных мер. Прежде всего, важно улучшить технические меры безопасности информационных систем, включая шифрование данных, двойную аутентификацию, мониторинг доступа и прочие меры. Персонал здравоохранения должен проходить обязательное обучение по вопросам защиты данных и этики обращения с информацией. Кроме того, законодательство должно ужесточить нормы по защите конфиденциальности и наказывать нарушителей в соответствии с законом.

Защита конфиденциальности медицинских данных – это не только вопрос безопасности информации, но и вопрос соблюдения прав и достоинства пациентов. Поэтому стоит уделить должное внимание этой проблеме и стремиться к созданию надежной и этичной системы хранения и обработки медицинской информации.

Интеграция информационных систем в медицине является важным аспектом современной здравоохранительной системы. Она направлена на создание единой среды обмена данных между различными медицинскими учреждениями, специалистами и пациентами с целью улучшения качества и доступности медицинской помощи.

Одной из основных проблем при интеграции информационных систем является наличие различных форматов и структур данных, используемых различными системами. Это затрудняет обмен информацией между учреждениями и специалистами, а также усложняет сбор и анализ данных для принятия решений. Необходимы единые стандарты обмена и хранения медицинской информации для ее обеспечения. Интеграция информационных систем в медицине требует значительных финансовых вложений на приобретение и настройку специализированного программного обеспечения, обучение персонала, а также на поддержание и обновление систем. Для многих медицинских учреждений и организаций это представляет существенное бремя и может стать преградой для полноценной интеграции систем. Внедрение новых информационных систем и технологий может вызвать сопротивление со стороны медицинского персонала и пациентов, которые могут опасаться изменений в рутине работы, потери привычного функционала или угрозы приватности данных. Необходимо проводить обучение и информационную кампанию для всех заинтересованных сторон и обеспечить поддержку в ходе процесса изменений.

Для решения проблем интеграции информационных систем в медицине важно рассмотреть комплексный подход, включающий современные технологии, эффективное управление проектами, обучение персонала, соблюдение стандартов безопасности и обмена данных, а также участие всех заинтересованных сторон в процессе принятия решений. Только при согласованных усилиях участников медицинской системы можно достичь успешной интеграции информационных систем и обеспечить более эффективное и согласованное предоставление медицинских услуг.

В современном медицинском сообществе информационные технологии играют все более важную роль. Они помогают в улучшении диагностики, обеспечении эффективного ведения медицинских записей, повышают качество обслуживания пациентов и управления здравоохранением в целом. Однако, несмотря на важность использования информационных технологий в медицине, некоторые медработники сталкиваются с проблемами в их обучении и использовании.

Одной из основных проблем, с которой сталкиваются медработники, является недостаточное обучение в области информационных технологий. Медицинское образование обычно фокусируется на медицинских науках и практике, но не всегда включает в себя подробное изучение информационных технологий. Это может привести к тому, что медработники не знают, как правильно и эффективно использовать современные технологии в своей практике.

Еще одной проблемой является недостаточное понимание важности информационных технологий среди некоторых медработников. Некоторые из них могут считать, что использование информационных технологий слишком сложно или ненужно в их работе. Однако, это может привести к упущению возможности улучшить качество медицинского обслуживания и повысить эффективность работы.

Недостаток мотивации и поддержки со стороны руководства и коллег также может создать препятствие для успешного обучения информационным технологиям. Без ясной мотивации и поддержки внедрение новых технологий может проходить медленно или неэффективно, что отразится на качестве медицинских услуг и рабочем процессе.

Кроме того, некоторые медработники могут испытывать трудности в освоении новых технологий из-за их возраста или отсутствия опыта работы с компьютерами. Это может создать дополнительные препятствия для успешного внедрения информационных технологий в медицинскую практику.

Для решения этих проблем необходимо предпринять ряд мер. В первую очередь, необходимо улучшить образовательные программы для медработников, чтобы включить в них обучение информационным технологиям. Это поможет им освоить необходимые навыки и знания для эффективного использования современных технологий в их работе.

Кроме того, необходимо проводить обучающие семинары и тренинги для медработников, чтобы поддержать их в освоении новых технологий. Регулярное обновление учебных материалов и инструкций по использованию информационных технологий также может помочь устранить проблемы, связанные с их недостаточным пониманием и использованием.

Важно также проводить мониторинг и оценку знаний и навыков медработников в области информационных технологий, чтобы выявить проблемные моменты и предоставить дополнительную поддержку тем, кто испытывает трудности.

В целом, использование информационных технологий имеет большой потенциал для улучшения медицинской практики и обслуживания пациентов. Однако, для того чтобы медработники смогли эффективно использовать эти технологии, необходимо уделить должное внимание их обучению и поддержке. Это поможет преодолеть проблемы, с которыми могут столкнуться медработники в обучаемости информационным технологиям и обеспечить успешное внедрение современных технологий в медицинскую практику.

В заключение, следует отметить, что информационные технологии сыграли огромную роль в совершенствовании медицинской отрасли. Они позволяют оптимизировать процессы в области здравоохранения, улучшить диагностику и лечение пациентов, повысить доступность медицинской помощи и повысить эффективность работы медицинских учреждений.

Использование информационных технологий в медицине становится всё более распространённым и необходимым, ибо это не только ускоряет и улучшает процессы в здравоохранении, но и способствует сохранению здоровья и улучшению качества жизни людей. Важно продолжать развитие и внедрение современных технологий в медицинскую практику, чтобы сделать здравоохранение более эффективным и доступным для всех.

Список использованных источников

1. А. А. Алмазов, П.О. Румянцев, П.П. Купреев, М.М. Мурашко, С.А. Родин, А.В. Мелерзанов, 2020г.
2. Журнал «Медицина» № 4, 2022г., с.10-30.
3. ООО «РБточкаРУ», 2012-2024. URL: <https://rb.ru/opinion/AI-medicine-problems/>
4. ООО «Медикал Скул». 2022-2024гг. URL: <https://md.school/>
5. Панова Татьяна Владимировна кандидат экономических наук, старший научный сотрудник ИЭ РАН, доцент кафедры «Государственная политика» Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова. 2017г.
6. NetworkGuru.ru, 2015 - 2024. URL: <https://networkguru.ru/problemy-it-v-medicine-i-zdravoohranenii/>.

АРОМАТЕРАПИЯ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Келлер Алина Николаевна

Руководитель: Шаповалова Светлана Владимировна

КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»

Термин «ароматерапия» (дословно использование в качестве лекарства) впервые ввёл в обиход французский химик доктор Рене М. Гаттефосе в 1928 году. Рене занимался исследованием эфирных масел как потенциальных составляющих косметики. Однако наблюдения привели его к оценке и антисептических свойств масел. Ароматерапия укрепляет защитные функции организма, способствует, используя целительные возможности природы, сделать нашу жизнь более полноценной.

Ароматерапия представляет собой лечение и использование различных запахов. Эти запахи, или ароматы в виде эфирных масел различных растений. Эфирные масла применяются не только для того, чтобы лечить болезнь, но и в качестве профилактического средства от различных бактерий и вирусов.

Эфирные масла оказывают воздействие на физическое и психологическое состояние человека. Они могут творить настоящие чудеса. Воздействие на обонятельном и физическом уровне приводит к целебному, терапевтическому, восстанавливающему, тонизирующему, антибактериальному и успокаивающему эффекту. Также ароматы влияют на психологическое состояние, помогают справиться со стрессом, депрессией, страхами и комплексами, поднять настроение, повысить работоспособность.

Полезные свойства эфирных масел для студентов

1. Эфирное масло лаванды.

Лаванда известна своим успокаивающим воздействием на нервную систему. Она может помочь снять стресс, улучшить настроение и снизить уровень тревоги. Помимо этого, растение часто используется в ароматерапии для улучшения качества сна. Аромат эфирного масла способствует расслаблению и помогает быстрее заснуть.

2. Эфирное масло мяты перечной.

Эфирное масло мяты славится своими успокаивающими и расслабляющими свойствами, тонизирует, освежает, повышает энергию и жизненные силы, борется с эмоциональным истощением, снимает усталость, нервозность, последствия недосыпания.

3. Эфирное масло кедра.

Эфирное масло кедра проявляет огромное количество полезных для нашего организма свойств: восстанавливает энергетическую ауру, снимает напряжение и стресс, увеличивает умственную работоспособность и физическую активность, улучшает сон.

4. Эфирное масло эвкалипта.

Аромат данного масла помогает восстановиться после длительных заболеваний и стрессов, способствует концентрации внимания, раскрывает внутренние резервы и возможности организма. Улучшает кровоснабжение мозга, повышает интеллектуальные способности.

5. Эфирное масло розмарина.

Считается лучшим стимулятором памяти и мыслительной деятельности с древности. Отлично помогает измученным компьютером глазам.

6. Эфирное масло базилика.

Повышает память, улучшает кровоснабжение мозга. Данное масло буквально проясняет сознание, быстро устраняет нервозность, позволяет восстановить эмоциональную и психологическую стойкость и концентрацию.

7. Эфирное масло лимона.

Отлично помогает справляться как с монотонной умственной деятельностью, так и с головной болью, мешающей учёбе. Оно оказывает тонизирующее влияние на нервную систему, усиливает концентрацию внимания.

8. Эфирное масло шалфея.

Дает ясность уму, спокойствие и чувство удовлетворения, будит фантазию и творческий потенциал, улучшает память.

9. Эфирное масло мелиссы.

Успокоительные и спазмолитические свойства масла позволяют использовать его при бессоннице – оно действует, как лёгкое снотворное; в психотерапевтической практике его используют для снятия последствий стрессов и для восстановления энергетического баланса организма.

10. Эфирное масло пихты.

Масло пихты оказывает благоприятное стимулирующее воздействие на состояние нервной системы, избавляет от стресса, прекрасно справляется с хронической усталостью, невротами и нарушениями сна, в том числе лечит бессонницу, добавляет силы, укрепляет иммунитет, возвращает тонус, гармонию и покой.

В своем исследовании с помощью аромадиффузора мы использовали масло эвкалипта, мяты, лаванды и кедра. В течение первого семестра наблюдали за изменениями успеваемости и самочувствия студентов первого курса. Мы сравнили результаты эксперимента:

Эфирное масло эвкалипта

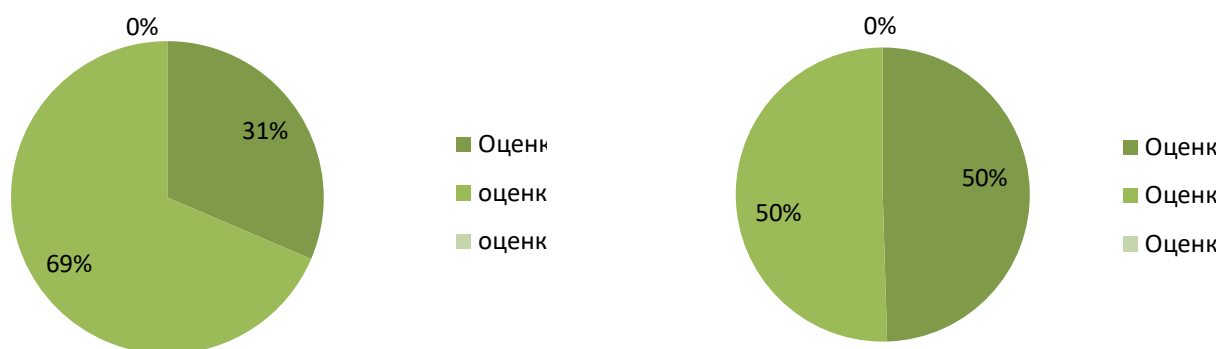


Рисунок 1 – «Результаты до эксперимента»

Рисунок 2 – «Результаты после эксперимента»

Эфирное масло мяты

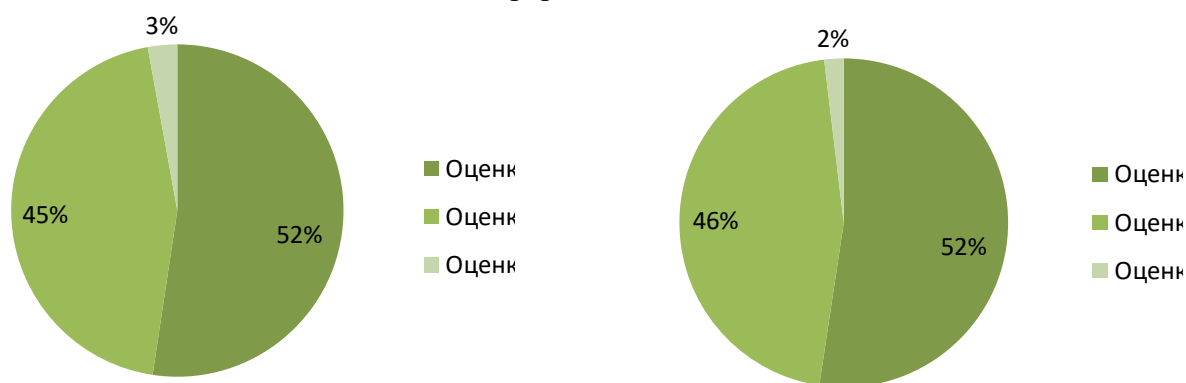


Рисунок 3 – «Результаты до эксперимента»

Рисунок 4 – «Результаты после эксперимента»

Эфирное масло лаванды

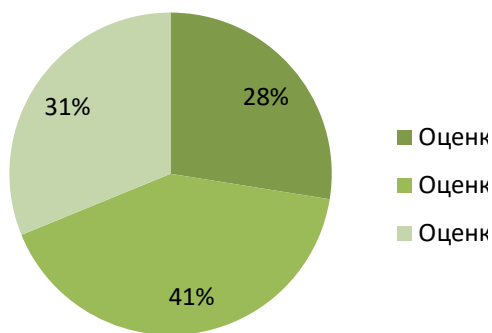


Рисунок 5 – «Результаты до эксперимента»

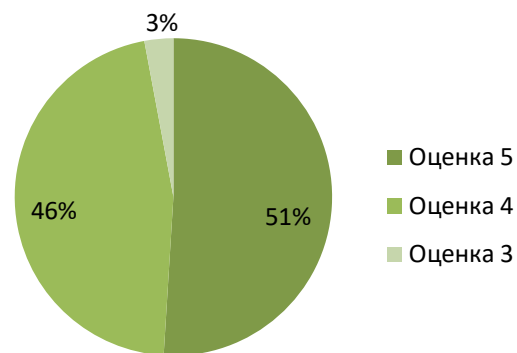


Рисунок 6 – «Результаты после эксперимента»

Эфирное масло кедр

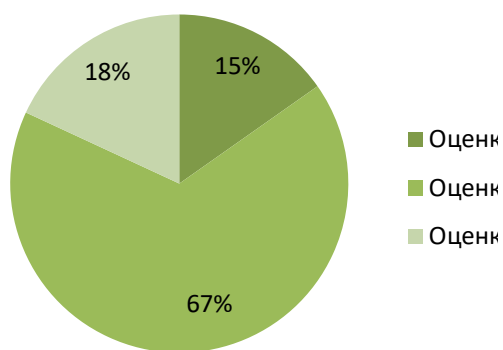


Рисунок 7 – «Результаты до эксперимента»

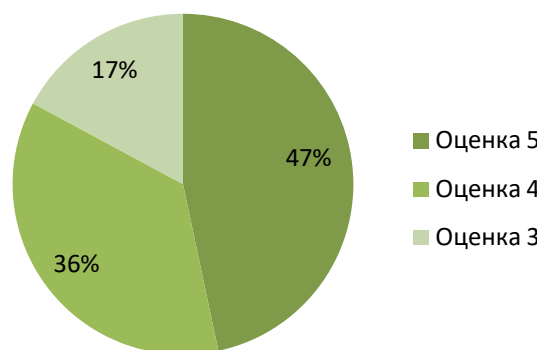


Рисунок 8 – «Результаты после эксперимента»

Можем сделать вывод:

1. Эфирное масло эвкалипта оказало положительное влияние на уровень успеваемости учащихся. Сами студенты отмечали, что у них нормализовалось самочувствие, поднималось настроение.
2. Эфирное масло мяты оказало менее положительное влияние на уровень успеваемости учащихся. Студенты отмечали наличие головокружения (2 человека) и головной боли (3 человека), у некоторых проявлялось повышение аппетита (15 человек).
3. По результатам эксперимента с маслом лаванды отчетливо видно повышение динамики успеваемости, также стоит отметить нормализацию состояния студентов.
4. Эфирное масло кедр оказало не менее положительное влияние на успеваемость, а также состояние учащихся. Студенты отметили, что данное масло понравилось больше всех.

Также мы составили анкету и провели опрос среди студентов первого курса для выявления осведомлённости студентов об ароматерапии.

Опросили студентов специальности «Фармация» и «Сестринское дело». После проведённого анкетирования у нас получились следующие результаты.

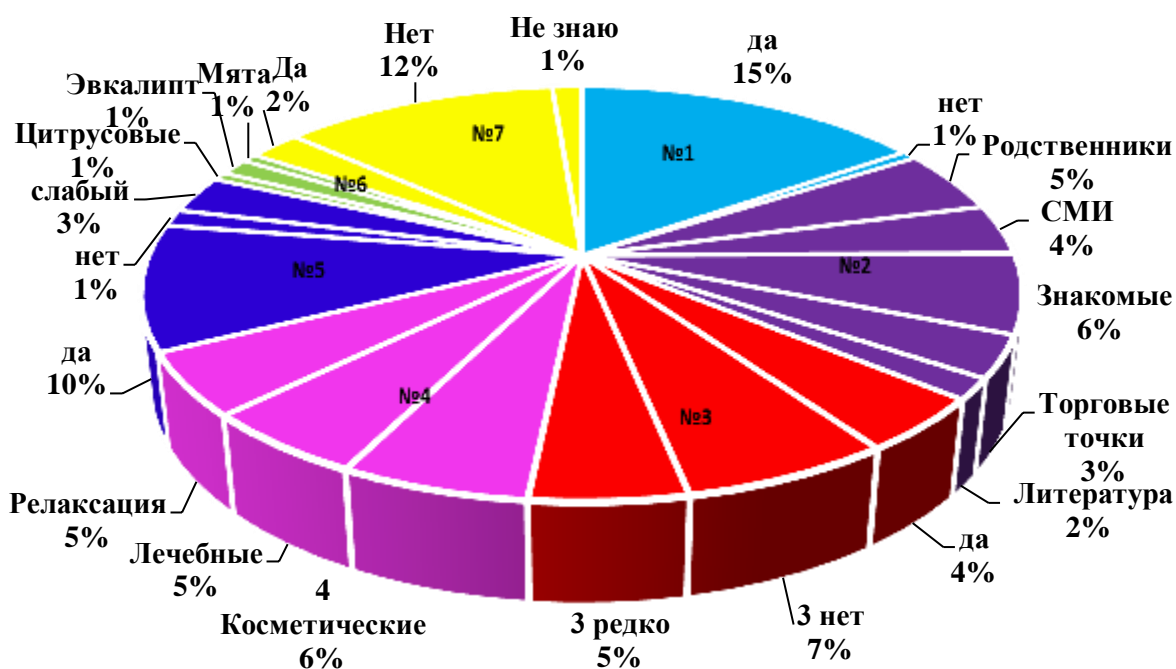


Рисунок 9 – «Результаты анкетирования специальности «Фармация»

Из результатов анкетирования студентов специальности «Фармация» стало понятно, что большинство студентов знают о пользе ароматерапии, но мало кто ей пользуется.

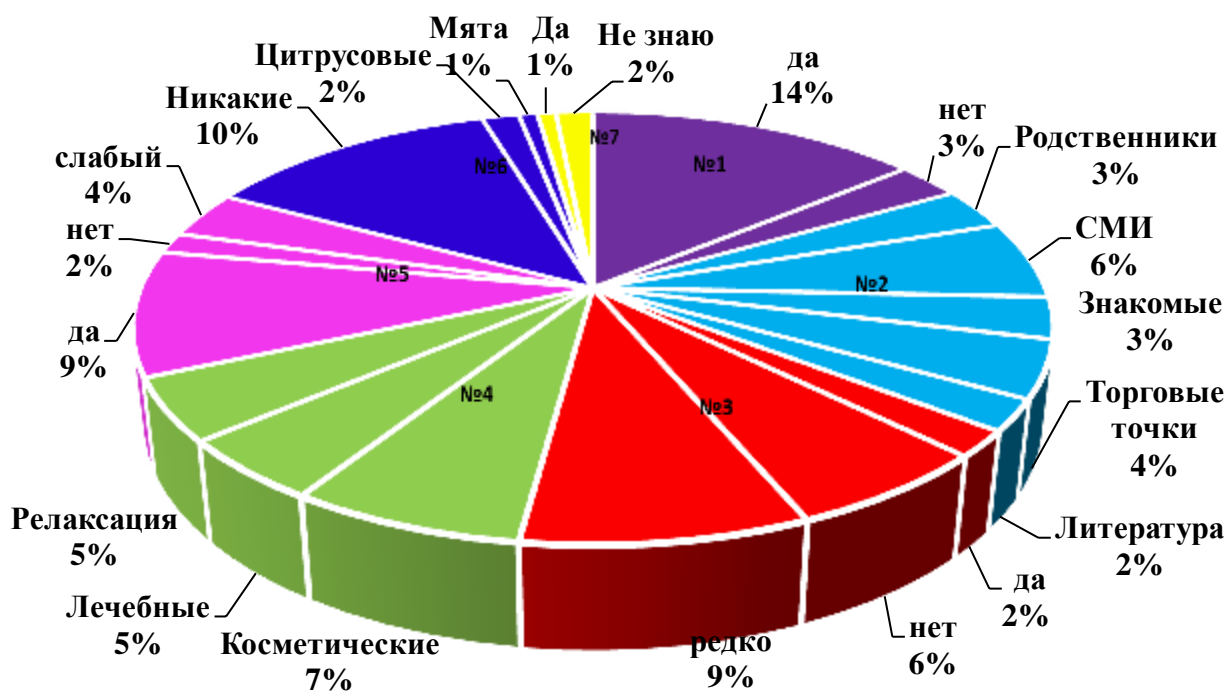


Рисунок 10 – «Результаты анкетирования специальности «Сестринское дело»

Из результатов анкетирования студентов специальности «Сестринское дело» стало понятно, что большинство студентов знают о полезных свойствах эфирных масел, но мало кто ими пользуется.

В результате проведённой работы мы выяснили, что запахи играют в нашей жизни немаловажную роль:

1. Они воздействуют на нас, улучшая или ухудшая наше самочувствие, настроение и интеллектуальную работоспособность.
2. Любому аромату нужно подбирать осторожно и строго индивидуально, так как реакции на запах непосредственно связаны с жизненным опытом конкретного человека.
3. Среди запахов можно выделить явно предпочитаемые многими - Эвкалипт, кедр, мята.

Обычные цветочные ароматы делают дыхание ровным и спокойным. Ароматизация учебных центров в нашей стране явление новое. Можно найти немного организаций, которые смогли позаботиться о том, чем дышат их студенты. Поэтому, выбрав различные ароматы и установив аромалампу, аромалпалочки или специальное оборудование (аэрозольный диспенсер, аромадиффузор) в нашем техникуме, мы можем:

1. Создать индивидуальный имидж нашего учебного заведения;
2. Попасть в список приоритетных учебных заведений;
3. Выделиться среди множества конкурентов;
4. Привлекать студентов не только продвинутыми методиками, высоким уровнем преподавания, но и за счёт формирования ароматной атмосферы для ускорения освоения изучаемого материала.

Список использованных источников

1. Ароматерапия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://formz.ru/forms/invoice> – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 24.04.2024).
2. Ингаляционное воздействие ароматических масел на психоэмоциональное состояние студентов [Электронный доступ]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ingalyatsionnoe-vozdeystvie-aromaticheskikh-masel-na-psihoemotsionalnoe-sostoyanie-studentov/viewer> – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 01.05.2024).
3. Ароматерапия: что это такое, история и практические советы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ug.ru/aromaterapiya-chto-eto-takoe-istoriya-i-prakticheskie-sovety/> – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 18.04.2024).
4. Ароматерапия – древнейшее искусство врачевания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://aromo.ru/articles/history/aromaterapiya-drevneyshee-iskusstvo-vrachevaniya/> – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 01.05.2024).
5. Эфирные масла [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Эфирные_масла – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 01.05.2024).
6. Фармзнание «свойства и действие эфирных масел» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pharmznanie.ru/article/sostav-svoystva-i-deystvie-efirnih-masel-tonkosti-konsultirovaniya> – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 18.04.2024).
7. Ютека «Эфирные масла» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://uteka.ru/articles/fakty/efirnie-masla/> – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 23.04.2024).

ЕСЛИ СЕРДЦЕ НЕ НА МЕСТЕ

*Корчагина Виктория Сергеевна,
Руководитель: Ищенко Ольга Викторовна,
КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»*

Бывает так, что сердце человека занимают не то место, которое ему положено эволюционно.

Актуальность: Как часто мы говорим «живет с открытым сердцем», «положа руку на сердце»... Но есть дети, для которых эти выражения — не красивая поговорка об искренности, а реальность и боль. И бывает так, что оно расположено на поверхности грудины и совсем ничем не прикрыто. Почему только дети? Потому что до взрослого возраста с такой аномалией почти никто не доживает.

Данная аномалия сердца не так часто, как хотелось бы, освещается в средствах массовой информации и поэтому для расширения знаний будущих медицинских работников,

применения на практике данных знаний, раскрытие темы «Если сердце не на месте», является актуальным для студентов медицинского колледжа.

Цель работы: изучение зависимости аномально расположенного сердца в работе и функциях организма человека.

Задачи:

1. Изучить и проанализировать литературные источники по исследуемой теме.
2. Раскрыть особенности аномалий положения сердца.
3. Определить содержание понятия декстрокардии и его зависимость в работе организма.
4. Проанализировать полученные результаты исследования.

Объект исследования: расположение сердце человека.

Предмет исследования: аномалии расположения сердца человека.

Методы исследования: теоретические методы – изучение и анализ литературы, практические методы – беседы, описание, опрос.

Гипотеза: если сердце человека располагается в правой стороне грудной клетки, являясь врожденным дефектом развития в эмбриональном периоде, это не отражается на его работе.

Аномалии положения сердца

1. **Эктопия сердца (внешнее сердце)**– расположение сердца вне грудной полости.

Различают четыре вида эктопии:

Шейная (сердце смещается в область шеи). Очень редкий вариант. При шейной эктопии рекомендуется прерывание беременности, так как смертность плода или ребёнка в первые сутки после рождения стопроцентная.

Абдоминальная – полное опущение в живот. Сердце выпирает через отверстие в диафрагме и располагается в брюшной полости или вне ее вследствие дефекта в брюшной стенке.

Торакоабдоминальная - сердце частично находится в грудной клетке, частично – в брюшной полости.

Грудная (сердце выходит наружу через дефекты грудины). Наиболее частый вариант.

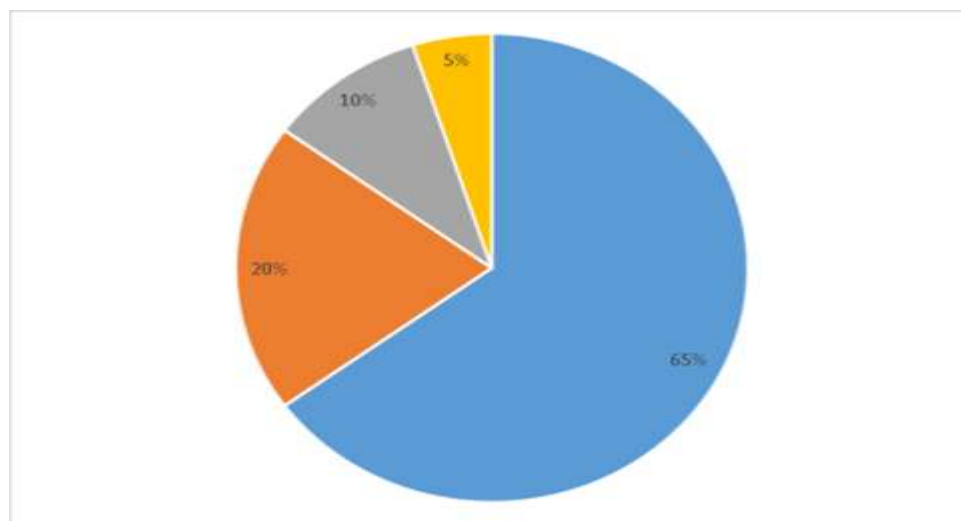


Рисунок 1 - Распространенность форм эктопии сердца (в %)

- шейная сердечная эктопия-5%
- абдоминальная сердечная эктопия10%
- торакоабдоминальная эктопия – 20%
- грудная сердечная эктопия – 65%

Эктопия сердца — редчайшая аномалия. Несмотря на редкие случаи порока развития, ему уделяют немало внимания, разрабатывая все новые методики перемещения или защиты для тех малышей, кому не повезло родиться с «сердцем не на месте». И это дает надежду.

Декстрокардия - сердце находится в грудной клетке справа. Не представляет опасности, не провоцирует осложнений, если является врожденным дефектом развития в эмбриональном периоде.

Методы диагностики.

1. Электрокардиография является наиболее простым и информативным исследованием для подтверждения декстрокардии.

Для удобства при записи ЭКГ у пациентов с декстрокардией возможно поменять местами электроды на руках: красный поместить на левую руку, желтый – на правую. Грудные же электроды располагают зеркально с правой стороны: последовательно V1, V2, V3R, V4R, V5R, V6R. Снятую таким образом ЭКГ можно интерпретировать в соответствии с общепринятыми нормами.

2. На рентгенограмме визуализируется смещение сердечной тени вправо, при комбинированных аномалиях изменяются контуры магистральных сосудов. Чтобы подтвердить транспозицию проводится рентгенография органов брюшной полости.

3. Эхокардиография выполняется для оценки функциональной способности аномально расположенного сердца. На ЭхоКГ видна структура сердечной стенки, скорость кровотока, фракция выброса.

4. Дополнительные исследования. В качестве подготовки к хирургической коррекции пороков развития показаны **ангиокардиография** или катетеризация сердечных полостей. Для выявления сопутствующих патологий зеркально расположенных внутренних органов рекомендуют КТ брюшной полости [2].

Исследование по заявленной теме заключалось в поиске пациентов с декстрокардией.

Руководствуясь международной классификацией болезней (МКБ) 10, в блоке «врожденных аномалий», декстрокардия имеет код – Q 24.0.



Рисунок 2 - Медицинские организации г. Бийска и Бийского района

За необходимой информацией обращались в различные структурные подразделения медицинских организаций г. Бийска и Бийского района:

- ГБ 2(4). Архив с 2014г – пациентов не зафиксировано.

Врач - кардиолог поликлиники, врач функциональной диагностики – не встречали в своей практики случаи декстрокардии.

- Поликлиника 1 – врач - кардиолог - пациентов с таким диагнозом не было.
- ГБ 2 - кабинет функциональной диагностики – за многолетнюю практическую работу пациентов были несколько пациентов.
- Детская поликлиника №1 – детей с такой аномалией не зарегистрировано.

- Детский врач кардиолог пациентов с такой аномалией не наблюдал.
- Детская поликлиника №2 – до 2024 года на одном из участков наблюдался ребенок с правосторонним расположением сердца, в данный момент семья переехали в другой город.
- ЦГБ – информации в архиве по пациентам с диагнозом декстрокардия – нет.
- ЦРБ – не зафиксированы случаи аномалии положения сердца.
- Межрайонный перинатальный центр ЦГБ г.Бийска – УЗИ сердца плода гинекологи могут рекомендовать с 16-ой недели. К сожалению, в городе нет специалиста. При наличии показаний – беременная женщина направляется на обследование в г.Барнаул.
- Женские консультации поликлиник г.Бийска – беременные с аномалией расположения сердца плода - не наблюдались.

Результат поиска:



Константин - 41 год.

- Диагноз декстрокардия поставлен в детском возрасте.
- До 18 лет состоял на учете врача-кардиолога.
- В школе был освобождён от уроков физической культуры.
- Не служил.
- Из хронических заболеваний – гастрит.
- АД в норме. Жалоб нет.
- Занимается спортом.
- Работа связана с физическими нагрузками.
- При прохождении медицинских осмотров, снятии ЭКГ – информирует мед. работников о правостороннем расположении сердца.
- Не женат. Детей нет. Данную аномалию из родственников с его слов - никто не имеет.
- Обращается в поликлинику только с целью прохождения медицинского осмотра.



Денис - 20 лет.

В возрасте 4-х лет, при регистрации ЭКГ в детской поликлинике обнаружено правостороннее расположение сердца. Ребёнка отправили на УЗИ – обследование, где к диагнозу «Декстрокардия», добавлен диагноз «Транспозиция внутренних органов» - зеркальное расположение внутренних органов.

- АД в норме, жалоб нет.
- Группа крови 4+, донор.
- Денис – левша.
- К военной службе в РА признан - «ограниченно годен».
- Работает на «Алтайском бройлере» - грузчиком.
- Заочно учится в Бийском педагогическом университете.
- Информацией о наследственных заболеваний - не владеет.

Вывод

Из полученных нами данных, «правосердечие» не является поводом обращения в поликлинику, так как сама аномалия расположения сердца не приводит к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы, если эта патология изолированная и врожденная. Патология не влияет на качество жизни, не повышают риск развития других заболеваний. Прогноз благоприятный.

Причинами такой аномалии является генетический дефект.

Люди доживают до преклонного возраста, а некоторые из них и не догадываются о «зеркальности» своих внутренних органов пока не обратятся к врачам.

Транспозиция внутренних органов с декстрокардией биологически нормальна. При отсутствии врожденных пороков сердца, люди с транспозицией внутренних органов могут вести нормальный образ жизни без любых осложнений, связанных со своим медицинским состоянием.

Транспозиция не имеет симптомов. О транспозиции должен знать врач.

И не только тот, кто наблюдает пациента с рождения. Если человек с транспозицией органов попадет в неприятную ситуацию и ему потребуется экстренная медицинская помощь, ее не всегда смогут оказать правильно. Начнет врач пытаться прослушать сердце у пациента — и не найдет его на привычном месте. А если пациент будет без сознания, то диагностика затянется.

Чтобы не остаться без необходимой помощи в экстренной ситуации, желательно носить с собой «опознавательный знак». Это может быть медицинский браслет, визитная карточка в кошельке или смартфоне, где будут указаны самые важные данные — в том числе и сведения о транспозиции органов.

Таким образом, гипотеза, выдвинутая в начале исследования, подтверждена (если сердце человека располагается в правой стороне грудной клетки, то это не отражается на его работе).

Список использованных источников

1. Банкл Г. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов». Раздел: Аномалии положения сердца. - Издательство Rugram, 2019. – 311 с.
 2. Мугафьян О А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков. ГЭОТАР - Медиа 2021. – 560 с.
 3. Ягода А В. Малые аномалии сердца. - ОАО ИПФ Ставрополье 2023 - 246 с.
 4. Калмин О В., Калмина О А. Аномалии развития органов и частей тела человека. Учебное пособие. - Феникс 2020. – 591 с.
 5. Копылова О С. Сердце и сосуды. Большая энциклопедия здоровья. Эксмо - 2019 – 512 с.
 6. Шляхто Е.В. Кардиология: Национальное руководство. ГЭОТАР- Медиа 2022. – 800 с.
 7. Шабалов Н. П. Детские болезни: учебник для вузов. Том 1. Питер 2021. - 880 с.
 8. Касимова Р.М. Тимошок А.Д. Полная трнспозиция органов. Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – № 3 - 5. 69-74 с.
 9. Несукай Е Г., С. В. Федькив С В., Поленова Н С., Даниленко А А. Декстрокардия с транспозицией органов. Медицинский справочник. Здоровье Казахстана - № 4/58 Май 2018.
 10. Лазюк Г И. Тератология человека. Руководство для врачей. Москва – Медицина 2021. – 479 с.
- Электронные источники:
11. Аномалии развития сердца [Электронный ресурс]: файловый архив. / Моск. гос. медико-стомат. ун-т им. А.И. Евдокимова.- режим доступа к журн.: <https://studfile.net/preview/464326/page:3/> (дата обращения: 21.03.2024).
 12. Особенности электрокардиографии при редко встречающихся врожденных пороках сердца [Электронный ресурс]: Российский кардиологический журнал. /Электрон.журн.2012-Т.17№6. - режим доступа к журн.: <https://omnidocor> (дата обращения: 20.03.2024).
 13. Эктопия сердца [Электронный ресурс]: интернет- энциклопедия. - режим доступа к энциклопедии.: <https://ru.ruwiki.ru/wiki/> (дата обращения: 26.03.2024).
 14. УЗИ МРТ при эктопии у плода [Электронный ресурс]: файловый архив. / <https://meduniver.com/Medical/Akusherstvo/> (дата обращения: 21.02.2024).

15. Клинические наблюдения редкой врожденной патологии. [Электронный ресурс]: файловый архив. / ДВГМУ. 2022. -N 1.-С.214-217. режим доступа к журн.: <http://elib.fesmu.ru/Article.aspx?id=422740> (дата обращения: 21.03.2024).

ВЛИЯНИЕ РЕЖИМА ДНЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ

*Косова Екатерина Александровна,
Руководитель: Михайленко Лариса Геннадьевна,
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»*

На протяжении всей нашей жизни, начиная с рождения, большое значение для здоровья и физического развития человека имеет режим дня. Физиологической основой, определяющей характер и продолжительность деятельности, является уровень работоспособности клеток коры головного мозга, поэтому так важно не превышать предел работоспособности центральной нервной системы, а также обеспечить полное функциональное восстановление ее после работы. Степень морфофункциональной зрелости организма определяет содержание режима дня и длительность основных его элементов, среди которых выделяют следующие:

- Правильное питание;
- Регулярность физической активности;
- Сон и его длительность;
- Профилактика заболеваний;
- Нахождение на свежем воздухе (прогулка).

Одним из средств физического воспитания является режим дня, составленный для каждой возрастной группы людей с учетом их психофизиологических особенностей. Если режим соблюдается правильно, то студентам легче усваивать учебный материал, развиваться в физическом и психическом плане, быть бодрыми, работоспособными и жизнерадостными.

Актуальность исследования заключается в утверждении большого значения режима дня для здоровья и успеваемости студентов.

Цель исследования: изучение влияния соблюдения режима дня на эффективность обучения у студентов.

Гипотеза: мы предположили, что работоспособности организма студентов можно придать более эффективный характер, если:

- уметь распределять свое время,
- составлять режим дня с учетом учебной нагрузки.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности соблюдения режима дня на основе анализа специальной литературы.
2. Определить влияние режима дня на эффективность обучения студентов.
3. Разработать анкету для студентов, вопросы которой позволят выявить соблюдение/несоблюдение основных составляющих режима дня (сон, питание, физическая активность).
4. Провести анализ анкетирования с целью выявления взаимосвязи соблюдения режима дня и эффективности обучения студентов.
5. Провести эксперимент.
6. Провести анализ эксперимента, с целью выявления взаимосвязи соблюдения режима дня и эффективности обучения студентов.
7. Дать рекомендации студентам по составлению режима дня.

Объект исследования: эффективность обучения студентов.

Предмет исследования: режим дня.

Методы исследования: изучение и анализ специальной литературы, наблюдение и эксперимент, анкетирование.

Режим дня – это четкий распорядок жизни в течение суток, предусматривающий чередование бодрствования и сна, рациональную организацию различных видов деятельности, а также самодисциплину и добровольное выполнение принятых на себя обязательств. Он приучает каждого к организованности и разумному использованию своего времени. Правильный, соответствующий возрастным возможностям человека режим укрепляет здоровье, обеспечивает работоспособность, успешное осуществление разнообразной деятельности, предохраняет от переутомления. Установить единый распорядок дня для всех, естественно, невозможно, но основные его моменты должны соблюдаться каждым.

Понимая важность соблюдения режима дня, мы решили провести просветительскую работу среди студентов первого года обучения специальности «Сестринское дело». Изучив специальную литературу, мы составили текст беседы о важности режима дня для здоровья и успешного обучения студентов и провели классные часы для первокурсников. На данных классных часах мы обсудили основные составляющие режима дня студентов и провели анкетирование. Разработанная нами анкета состояла из 7 вопросов, позволяющих выяснить, соблюдают ли студенты режим дня.

Результаты анкетирования показали, что у большинства респондентов наблюдались отклонения в режиме сна и бодрствования. Так на вопрос «Время вашего отхода ко сну» большинство студентов (55%) ответили «около полуночи (24.00)»; 12% из всех опрошенных засыпают «после полуночи», «я сплю днем, а не ночью» ответили 8%. И лишь 25 % студентов ложатся спать до 22.30.



Рисунок 1- Время вашего отхода ко сну

Второй вопрос анкеты «В какое время обычно Вы встаёте в будние дни» и третий вопрос «В какое время Вы обычно встаёте в выходные дни» позволили выяснить, что почти половина опрошенных в выходные дни сбивают режим сна, то есть, вставая в будние дни в 6-8 часов, в выходные же дни встают в 9-11 часов (45%). 29% студентов встают в выходные дни в 12 часов дня и позже. Такое отношение ко сну может пагубно сказаться на самочувствии человека. После таких выходных тяжело будет вновь вставать рано и включаться в учебный процесс.



Рисунок 2 – В какое время обычно вы встаете в будний день

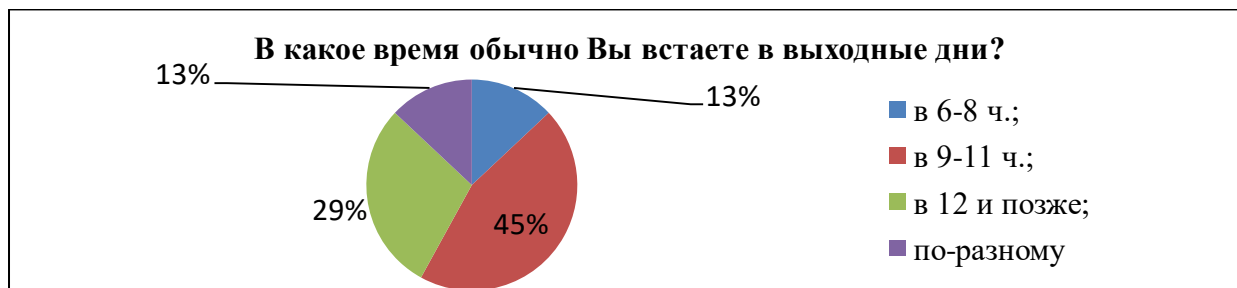


Рисунок 3 – В какое время обычно вы встаете в выходные дни

Четвертый вопросы анкеты был связан с питанием студентов, потому что питание оказывает большое влияние на самочувствие и успеваемость студентов. Мы выяснили, что большинство респондентов не завтракают по утрам (63%), лишь 23% студентов завтракают дома, 10% завтракают в буфете колледжа и 4% студентов завтракают не каждый день, то есть нерегулярно.

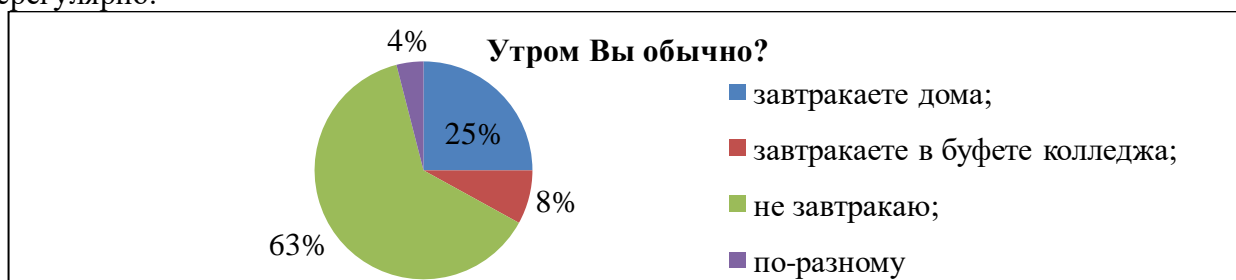


Рисунок 4 – Утренний завтрак

Если подросток идет в колледж голодным, ему сложнее сосредоточиться на занятиях, он быстрее устает, становится нервным и раздражительным. У студентов, которые постоянно пропускают утренний прием пищи, ухудшается иммунитет, они чаще болеют. Кроме того, есть немалый риск развития заболеваний ЖКТ и набора лишнего веса из-за перекусов, которые зачастую включают вредную пищу, или переедания в обеденное время.

Задав следующий вопрос, мы выяснили, чем занимаются студенты, вернувшись из колледжа: 38% после возвращения с колледжа ложатся спать, отсюда можно сделать вывод, что, не соблюдая режим сна, подросток будет сонным, у него не будет желания учиться, 8% студентов после учебы идут на секции, 16% делают домашнее задание, 38% проводят время за гаджетами или ничего не делают.

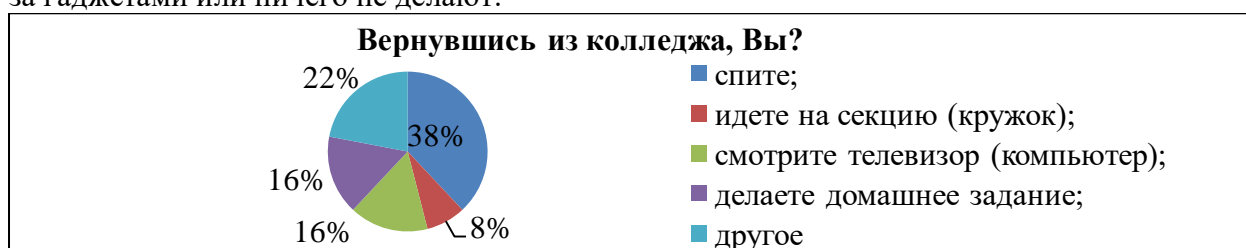


Рисунок 5 – Чем вы занимаетесь после колледжа

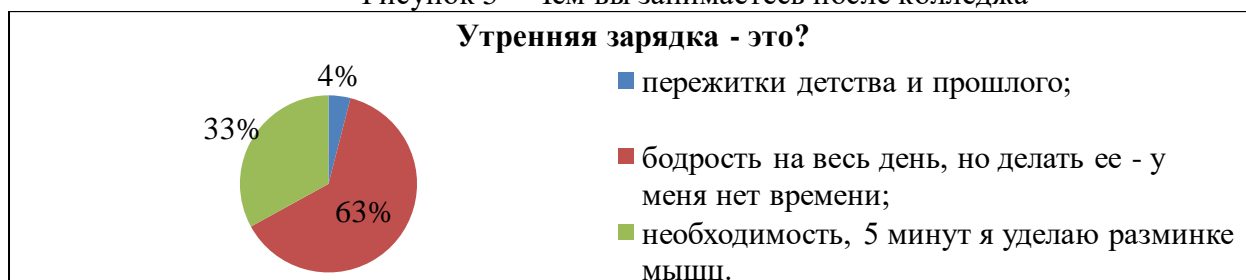


Рисунок 6 – Утренняя зарядка

Чтобы выяснить регулярность физической активности студентов, мы задали вопросы об отношении к утренней зарядке и о регулярности занятий спортом. Нам удалось выяснить, что 63% студентов положительно относятся к утренней зарядке, понимают её важность, но не находят времени для выполнения утром физических упражнений, 33% опрошенных регулярно выполняют утреннюю зарядку и лишь 4% считают утреннюю

зарядку пережитком прошлого. Таким образом, осознавая важность утренней физической активности, студенты, к сожалению, не всегда находят время для утренней зарядки.

Заключительный вопрос анкеты позволил нам узнать, что у лишь 41 % студентов занимаются спортом, а 59% не занимаются. Это негативно сказывается на общем физическом развитии организма, ведёт к ослаблению иммунитета, лишнему весу и т.п.



Рисунок 7 – Занятие спортом

Для того чтобы проверить выдвинутую гипотезу исследования, мы провели эксперимент, суть которого заключалась в сравнении и анализе результатов учебы, общего физического состояния студента первого курса, который соблюдал и не соблюдал режим дня. Участником эксперимента стал первокурсник Дмитрий Б., возраст – 17 лет, рост – 165, вес – 69 килограммов, учится в колледже на «4» и «5». Длительность эксперимента – 2 недели, с 15.04.2024 по 28.04.24.

Результаты первой недели эксперимента с 15.04.24 по 21.04.24 показали, что при несоблюдении режима дня, у молодого человека ухудшилось здоровье, ухудшилась работоспособность организма, из-за недосыпа и неправильного питания у него ухудшилось самочувствие (часто болела голова, не было желания что-либо делать, успеваемость в колледже снизилась). Артериальное давление было нестабильным, часто низким: в понедельник было 105/52 мм.рт.ст; во вторник - 109/56 мм.рт.ст; в среду 119/58 мм.рт.ст; в четверг - 107/58 мм.рт.ст; в пятницу - 107/53 мм.рт.ст.; в субботу 109/57 мм.рт.ст.; в воскресенье 113/70 мм.рт.ст. Из-за частого времяпровождения за гаджетами (ноутбуком и смартфоном) стало падать качество зрения, глаза очень сильно болели.

Результаты второй недели эксперимента, когда участник эксперимента соблюдал режим дня, а именно: спал не менее 8 часов, регулярно, своевременно и полноценно питался, посещал секцию волейбола, проводил не менее часа на свежем воздухе, показали значительное улучшение общего физического состояния и результатов обучения Дмитрия. Стабилизировалось артериальное давление: 22.04. - 110/68 мм.рт.ст; 23.04. - 109/64 мм.рт.ст; 24.04. - 112/70 мм.рт.ст; 25.04. - 110/68 мм.рт.ст; 26.04. - 112/72 мм.рт.ст.; 27.04. - 109/70 мм.рт.ст.; 28.04. - 110/75 мм.рт.ст., повысилась успеваемость (Таблица 1), мыслить стал намного быстрее и креативнее, парень стал высыпаться, часто было хорошее настроение, принял участие в общеколледжном мероприятии, посвященном подготовке к 9 Мая.

Таблица 1 – Результаты успеваемости

Первая неделя эксперимента		Вторая неделя эксперимента	
Оценки	Количество, шт.	Оценки	Количество, шт.
«5»	2	«5»	9
«4»	5	«4»	5
«3»	1	«3»	0
«2»	1	«2»	0

Самому же подростку понравился эксперимент, как он сказал: «Раньше я редко соблюдал режим дня и не задумывался о его важности, но после проведенного эксперимента я понял, что соблюдение режима положительно сказывается на моем здоровье и успеваемости в колледже».

После окончания эксперимента, сделав выводы, можно сказать, что соблюдение режима дня очень важно для студентов и их успеваемости.

Заканчивая наше исследование, мы разработали для студентов первого курса основные рекомендации по составлению режима дня:

Режим дня студента условно можно разделить на три составляющие: учеба, питание и сон, а также включить в него утреннюю гимнастику и прогулки на свежем воздухе. Режим учебы спланирован заранее, от студента требуется совсем немного — строго соблюдать все условия. Посещать все лекции, участвовать в учебном процессе. Питаться желательнее в одно и то же время и не забывать, что пища должна быть полезной и питательной. Со сном все просто: ложиться следует в одно и то же время, и спать не менее восьми часов. Не рекомендуется спать днем, это приводит к развитию бессонницы.

Составляя расписание дня, не нужно расписывать каждую минуту, достаточно придерживаться основных моментов. К ним относятся:

1. Утренняя зарядка. Она улучшает физическую форму и воспитывает умение держать слово. Несколько физических упражнений, продолжительностью 10 – 15 минут, позволят на протяжении всего дня держать себя в форме. Комплекс этих упражнений нужно менять каждый месяц, и тогда они не будут надоедать.

2. Планирование на предстоящий день. Что нужно сделать на протяжении дня, и каких результатов стоит добиться — все это настроит мозг на нужную волну, и день пройдет более эффективно, интересно и насыщенно.

3. Питание. Один из важнейших пунктов в расписании дня. Завтрак, обед и ужин — минимум три приема пищи. Своевременное питание поддерживает организм в рабочем состоянии и является ключом к хорошему самочувствию.

4. Вечернее время. Вечером нужно подводить итоги прошедшего дня и планировать день грядущий. Потраченные десять минут вечером помогут сэкономить несколько часов на следующий день.

5. Сон. Ложиться спать нужно не позднее 23.00. Сон восстанавливает физическое и психологическое здоровье организма. Не выспавшись, человек становится неспособным.

Соблюдение рекомендаций играет ключевую роль в предотвращении возникновения и развитии заболеваний, вызванных неправильным режимом дня у студентов. Кроме того, выработав привычку строго следовать расписанию дня, в дальнейшем студент сможет получить престижную работу, потому что работодатели уважают дисциплинированных сотрудников.

Список использованных источников

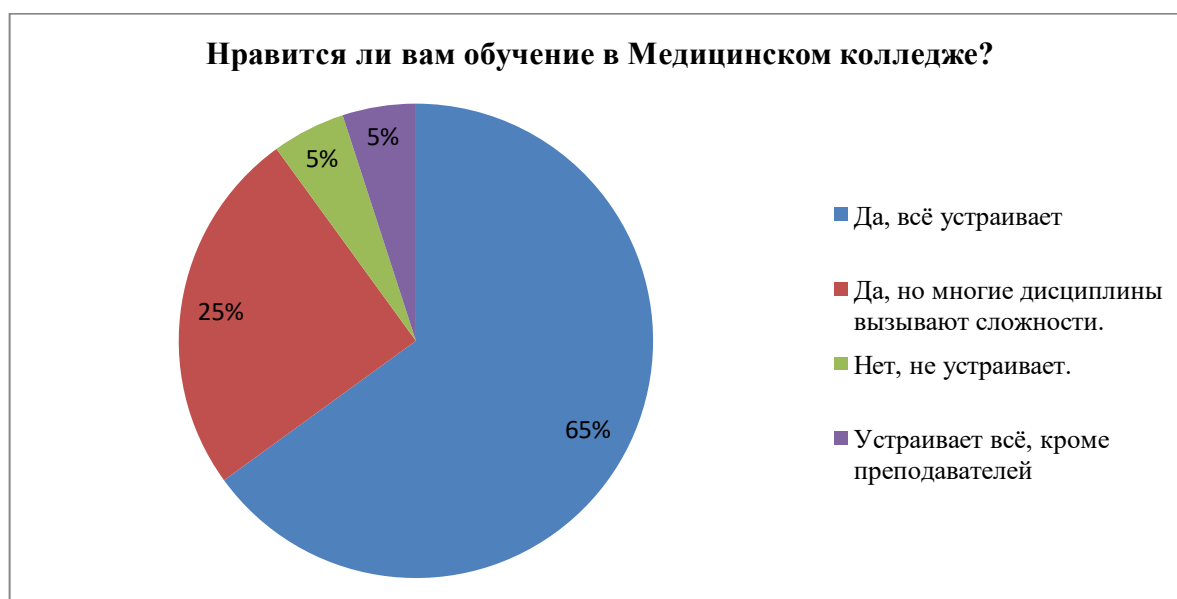
1. Бароненко В.А., Рапопорт Л.А. Здоровье и физическая культура студента: Учебное пособие – М.: Альфа-М, ИНФРА-М, 2012. – 336 с.
2. Виноградов Д.А. Физическая культура и здоровый образ жизни. – М., 1990.
3. Рендаренко А. А. Влияние режимов труда и отдыха на жизнь студентов//Молодой ученый. – 2016. - №20 – с.779 - 782
4. <https://vyuchit.work/samorazvitiye/rasporyadok-dnya-dlya-studenta.html>
5. <https://ahaslides.com/ru/blog/daily-routine-of-a-student/>

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

*Леонтьева Ольга Максимовна,
Руководитель: Ковтунова Людмила Гивовна,
БПОУ ОО «Медицинский колледж»*

Общепрофессиональные дисциплины – учебные дисциплины, строго отобранные для изучения студентами. На каждом направлении, изучаемом в средних профессиональных и высших учебных учреждениях студенты обязаны пройти курс определённых дисциплин. Перечень данных дисциплин публикуется в открытых источниках и каждый поступающий заранее даёт согласие на их изучение, но в процессе обучения зачастую всё равно возникают внутриличностные и межличностные конфликты, основанные на нежелании студентов изучать те или иные предметы. Это приводит к раздражительности, понижению желания к обучению. Важно понимать отношение учеников и их мотивацию к изучению данных дисциплин.

Мы решили узнать положение данных обстоятельств в мировоззрении современных студентов, а именно: мнение учащихся об общепрофессиональных дисциплинах, факторы, составляющие мнение студента о дисциплинах, влияние преподавателя на изучении материала. Важно было узнать наличие влияния преподавателя в образовании: опираются ли студенты на собственную способность к обучению, или же роль преподавателя для них является решающей. Объектом исследования были выбраны следующие дисциплины 2 курса акушерского дела, изучаемые в БПОУ ОО «Медицинский колледж»: анатомия, гигиена и экология человека, иностранный язык, латинский язык, математика, основы философии, психология, фармакология, физическая культура, микробиология, история, информационные технологии в профессиональной деятельности, основы патологии. Исследование проводилось с помощью опроса студентов группы А-22 и последующим анализом данных опроса. Опрос включал в себя следующие вопросы с вариантами ответа, а из ответов студентов мы собрали статистику:

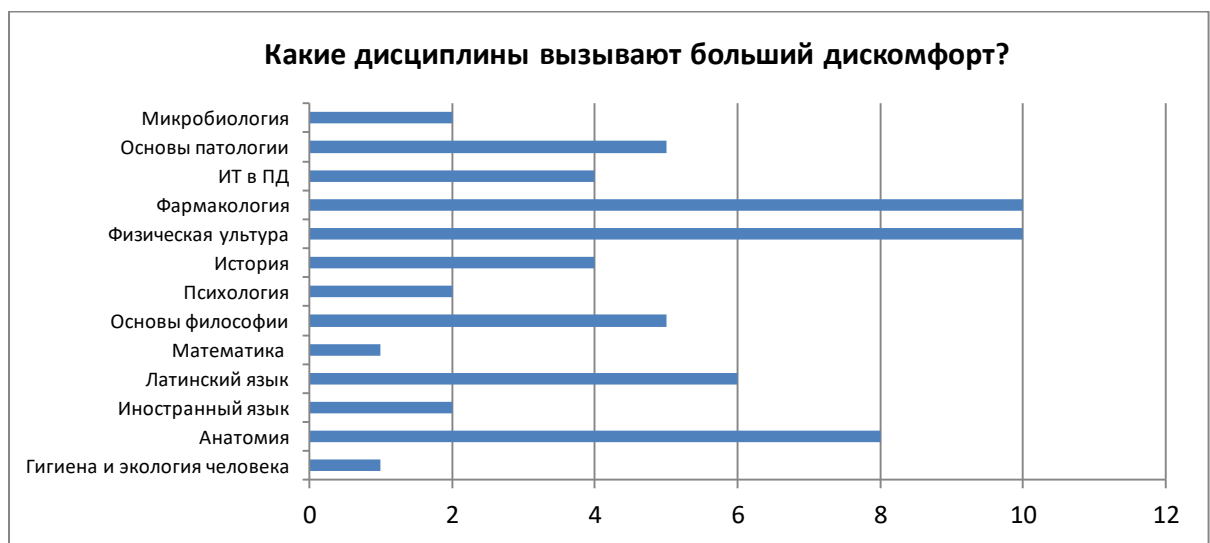


1.

2.



3.

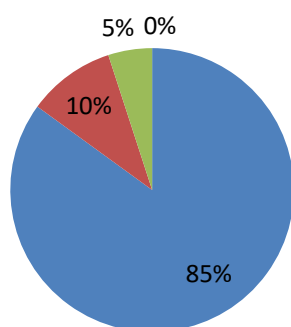


4.



Далее мы спросили мнение студентов о каждой дисциплине, роль преподавателя в ней. Мы выделили те дисциплины, которые нравятся и не нравятся студентам чаще всего (анатомия, психология, фармакология, физическая культура), чтобы выделить закономерности между отношением к дисциплине и ролью преподавателя в ней:

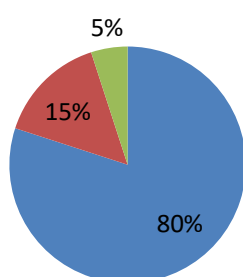
Обозначьте Ваше отношение к такой дисциплине, как «Анатомия»



- Я отношусь к ней позитивно, полезная и интересная дисциплина.
- Я считаю дисциплину полезной, но неинтересной для изучения.
- Я считаю дисциплину интересной, но ненужной для моей профессии.
- Я отношусь к ней негативно.

5.

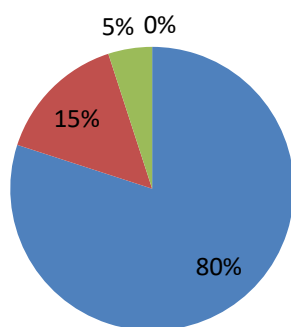
Оцените, насколько большое влияние в Вашем отношении к дисциплине «Анатомия» оказал преподаватель.



- Большое влияние, мой преподаватель помог моему обучению
- Большое влияние, я считаю, что мне нужен другой преподаватель.
- Мнение о предмете я составил(-а) независимо от преподавателя.

6.

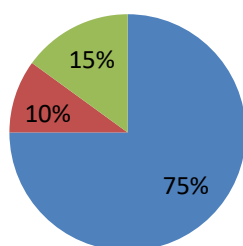
Обозначьте Ваше отношение к такой дисциплине, как «Психология»



- Я отношусь к ней позитивно, полезная и интересная дисциплина.
- Я считаю дисциплину полезной, но неинтересной для изучения.
- Я считаю дисциплину интересной, но ненужной для моей профессии.
- Я отношусь к ней негативно.

7.

Оцените, насколько большое влияние в Вашем отношении к дисциплине «Психология» оказал преподаватель.

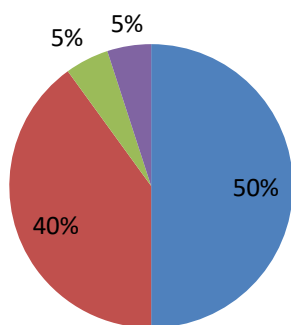


- Большое влияние, мой преподаватель помог моему обучению
- Большое влияние, я считаю, что мне нужен другой преподаватель.
- Мнение о предмете я составил(-а) независимо от преподавателя.

8.

9.

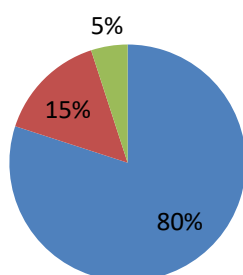
Обозначьте Ваше отношение к такой дисциплине, как «Фармакология»



- Я отношусь к ней позитивно, полезная и интересная дисциплина.
- Я считаю дисциплину полезной, но неинтересной для изучения.
- Я считаю дисциплину интересной, но ненужной для моей профессии.
- Я отношусь к ней негативно.

10.

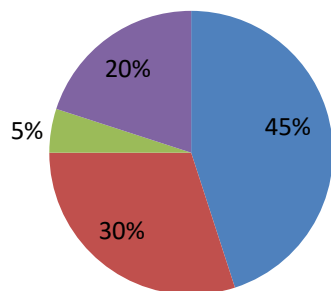
Оцените, насколько большое влияние в Вашем отношении к дисциплине «Фармакология» оказал преподаватель.



- Большое влияние, мой преподаватель помог моему обучению
- Большое влияние, я считаю, что мне нужен другой преподаватель.
- Мнение о предмете я составил(-а) независимо от преподавателя.

11.

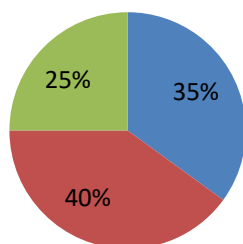
Обозначьте Ваше отношение к такой дисциплине, как «Физическая культура»



- Я отношусь к ней позитивно, полезная и интересная дисциплина.
- Я считаю дисциплину полезной, но неинтересной для изучения.
- Я отношусь к ней негативно.
- Я считаю дисциплину интересной, но ненужной для моей профессии.

12.

Оцените, насколько большое влияние в Вашем отношении к дисциплине «Физическая культура» оказал преподаватель.



- Большое влияние, мой преподаватель помог моему обучению
- Большое влияние, я считаю, что мне нужен другой преподаватель.
- Мнение о предмете я составил(-а) независимо от преподавателя.

По результатам данного опроса было выяснено, что важным для большинства студентов (65%) при изучении предмета является его практическая значимость, что означает, что изучаемые дисциплины в первую очередь должны иметь значение в будущей профессии. Это подтверждается тем, что в обеих дисциплинах, что студенты выделяют как

наиболее нравящиеся им (анатомия, психология), они также выделяют их полезность для будущей профессии, в то время как физическую культуру значительная часть опрошенных не считает важным для профессии предметом, что является одним из факторов, почему дисциплина им неприятна. В статистике явно видна закономерность отношения студентов к преподавателю и отношения к дисциплине: студентам симпатизируют те предметы, к преподавателям которых претензий нет (75-80% студентов говорят о том, что преподаватель сильно помог в обучении), в то время как в случае дисциплины «Физическая культура» 40% студентов хотели бы другого преподавателя, что больше, чем процент студентов, которым преподаватель помог в обучении. Из этого можно сделать вывод, что роль преподавателя всё-таки крайне важна в обучении студентов, личностные качества преподавателя имеют большое влияние на восприятие студентом предмета. Также, на примере дисциплины «Фармакология», которую многие студенты обозначили как одну из дискомфортных для себя, можно понять, что студентам важно, чтобы дисциплина была интересна к обучению. Заинтересованность появляется из-за многих факторов, в число которых входят личные предпочтения, которые опрошенные студенты выделили одним из важных факторов обучения, а также сложность материала, которая для каждого индивидуальна. Дисциплины анатомия и психология, по мнению студентов, являются интересными для обучения, из-за чего дисциплина нравится студентам, в то время как около половины опрошенных студентов считают дисциплину «Фармакология» неинтересной для обучения.

По результатам анализа опроса мы выявили, что важнейшими факторами для продуктивного изучения дисциплины для студентов является практическая значимость данного предмета, личность преподавателя и заинтересованность студентов в предмете. Узнав данные факты, можно понять психологию студентов, из-за чего ухудшается их успеваемость, из-за чего отчисляются. По результатам опроса большинство студентов довольны обучением в Медицинском колледже, что значит, что работа современных средних профессиональных образовательных учреждений в сфере выбора общепрофессиональных дисциплин для изучения студентами была проведена корректно, большинство студентов остаются довольными своим обучением.

Список использованных источников

1. Столяренко Л.Д. Основы психологии. — Р /наД.: Феникс, 1997. — С. 736.
2. Ананьев Б.Г. К психофизиологии студенческого возраста / Современные психолого-педагогические проблемы высшей школы / Под ред. Б.Г. Ананьева, Н.В. Кузьминой. — Вып. 2. — Л.: ЛГУ, 1974. — С. 3—15.
3. Никитин В.А. Начало социальной педагогики: уч. пос. — М.: Флинта, 1999. — С. 72.
4. Интернет-ресурсы

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ КГБПОУ АМТ

*Лыцова Анна Алексеевна, Егошина Анна Николаевна,
Руководитель: Игнатенко Оксана Александровна,
КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум»*

*«То, что мы имеем сегодня,
это результат наших вчерашних действий»*

Изменения, происходящие в настоящее время в РФ, повышают значимость профилактической медицины. Потребность в изучении факторов, положительно влияющих на здоровье населения, обусловлена демографическими и социально-экономическими проблемами. Современная обстановка характеризуется усилением этих проблем.

Охрана здоровья студентов СПО, представляющих собой основной резерв пополнения трудовых ресурсов страны, является важнейшей государственной задачей. Учащаяся молодёжь является основой формирования научного потенциала, обороноспособности и обеспечения устойчивого развития общества. В решении этих вопросов немаловажное значение имеет хорошо отлаженная система профилактики и организация оказания медицинской помощи. В связи с этим, изучение факторов, влияющих на здоровье, и разработка предложений по сохранению и укреплению здоровья учащейся молодёжи является актуальной проблемой.

Здоровье человека является важнейшей ценностью жизни. По определению Всемирной организации здравоохранения «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Здоровье - бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Его нельзя ни купить, ни приобрести ни за какие деньги, его нужно оберегать и охранять, развивать и совершенствовать, улучшать и укреплять. К сожалению, многие люди не соблюдают самых простейших, обоснованных наукой норм здорового образа жизни. Одни становятся жертвами гиподинамии (малоподвижности), вызывающей преждевременное старение. Другие излишествуют в еде с почти неизбежным в этих случаях развитием ожирения, склероза сосудов, а у некоторых — сахарного диабета. Третьи не умеют отдыхать, отвлекаться от производственных и бытовых забот, вечно беспокойны, нервны, страдают бессонницей, что в конечном итоге приводит к многочисленным заболеваниям внутренних органов. Некоторые люди, поддаваясь пагубной привычке к курению и алкоголю, активно укорачивают свою жизнь. Движения, недостаток физической работы, физических упражнений — характерная черта нашего времени, болезнь XXI века.

В настоящее время, по мнению учёных, принято считать, что здоровье на 50% и более зависит от условий и образа жизни, на 20% от состояния (загрязнения) окружающей внешней среды, на 20% от генетических факторов и на 10% от состояния здравоохранения. Поэтому можно сказать, что здоровый образ жизни — главный фактор здоровья.

Одной из основных составляющих здоровья является здоровый образ жизни (далее – ЗОЖ). Здоровый образ жизни — это такой образ жизни человека, который направлен на укрепление здоровья и профилактику болезней. Следовательно, если человек ведёт ЗОЖ, то это предопределяет на 50% высокий уровень его здоровья. И, наоборот, человек, ведущий нездоровый образ жизни, подрывает своё здоровье, обрекает себя на страдания и мучения, преждевременную старость и безрадостную жизнь. Здоровый образ жизни - 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. [2]

Главные составляющие здорового образа жизни: умеренное и сбалансированное питание; достаточная двигательная активность; закаливание организма; отказ от вредных привычек; режим труда и отдыха с учётом динамики индивидуальных биоритмов; личная гигиена; умение управлять своими эмоциями; безопасное поведение в быту, на работе, на улице, в учебном заведении, обеспечивающее предупреждение травматизма, отравления, аварийных ситуаций. [7]

Учебно-исследовательская работа, проведённая нами среди обучающихся КГБПОУ АМТ, посвящена проблеме влияния образа жизни на состояние здоровья студентов медицинского техникума.

Цели исследования:

1) изучение здоровья и образа жизни студентов КГБПОУ АМТ посредством проведения онлайн-анкетирования с использованием сервисов Google и статистического анализа данных;

2) повышение уровня осведомлённости студентов КГБПОУ АМТ о влиянии основных компонентов образа жизни на здоровье через проведение информационной работы и организацию образовательного пространства с использованием сервиса «Google Формы».

Задачи исследования:

1. Изучить литературу, нормативные документы по теме исследования.
2. Разработать анкету и провести онлайн-анкетирование с использованием сервисов Google.
3. Обработать и проанализировать полученные данные, выявить закономерности.
4. Разработать уроки, разместить их в «Google Формы» для изучения студентами.
5. Провести повторный экспресс-опрос.
6. Сформулировать выводы и предложения.

Объект исследования: образ жизни и здоровье студентов КГБПОУ АМТ.

Предмет исследования: компоненты образа жизни, влияющие на здоровье студентов КГБПОУ АМТ.

Гипотезы исследования:

1) если провести онлайн-анкетирование с использованием сервисов Google и провести статистический анализ, то можно выявить основные компоненты образа жизни студентов, оказывающие наибольшее влияние на их здоровье;

2) проведение информационной работы и организация образовательного пространства с использованием сервиса «Google Формы» позволит повысить уровень осведомлённости студентов КГБПОУ АМТ о влиянии основных компонентов образа жизни на их здоровье.

Методы исследования: анализ литературы, нормативных документов; онлайн-анкетирование с использованием сервисов Google; статистический анализ данных; систематизация; синтез; обобщение.

База исследования: краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Ачинский медицинский техникум».

В онлайн-анкетировании приняли участие 249 студентов техникума 1-4 курсов (46% от общего количества), из них 86% - девушек, 14% - юношей (табл.1).

Таблица 1 - Распределение респондентов по полу, курсу обучения

	Пол		Курс обучения			
	ж	м	I	II	III	IV
Количество, чел.	215	34	41	50	80	78
Уд.вес, %	86	14	20	32	31	17

В общей численности студентов, принявших участие в онлайн-анкетировании, 32% - студентов II курса, 31% - III курса, 20% - I курса, 17% - IV курса.

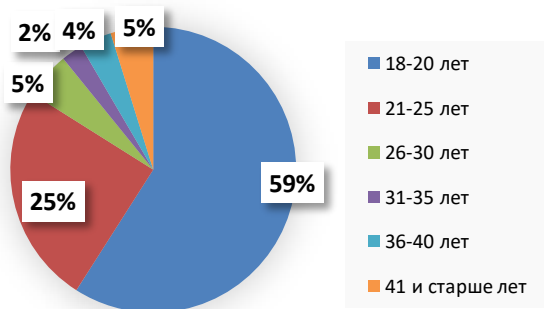


Рисунок 1 - Распределение респондентов по возрасту

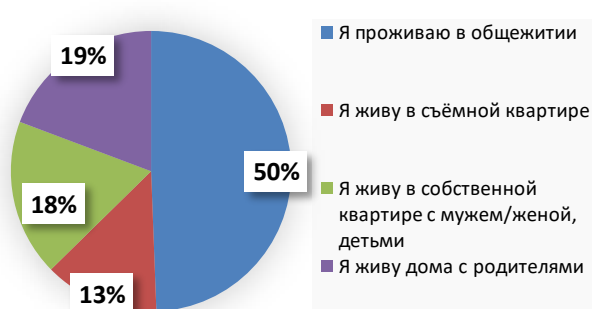


Рисунок 2 - Условия проживания

Большая часть респондентов (59%) в возрасте 18-20 лет, 25% - в возрасте 21-25 лет, по 5% - в возрасте 26-30 лет, 41 и старше, 4% - в возрасте 36-40 лет, 2% - в возрасте 31-35 лет (рис. 1).

В ходе исследования изучались: условия проживания, уровень и стиль жизни, уровень знаний о ЗОЖ, состояние здоровья, а также влияние таких составляющих образа жизни как: режим дня, физическая активность, питание, психологическое состояние, соблюдение гигиены, наличие вредных привычек. По условиям проживания 50% респондентов проживают в общежитии, 19% - живут дома с родителями, 18% - в собственной квартире, 13% - в съёмной квартире (рис. 2).

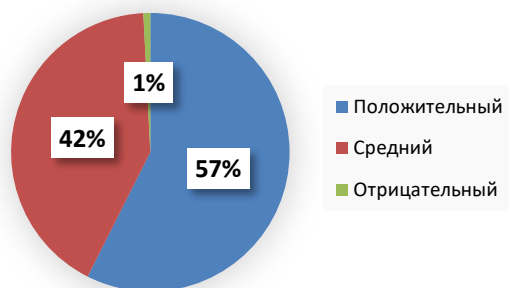


Рисунок 3 - Оценка своего стиля жизни

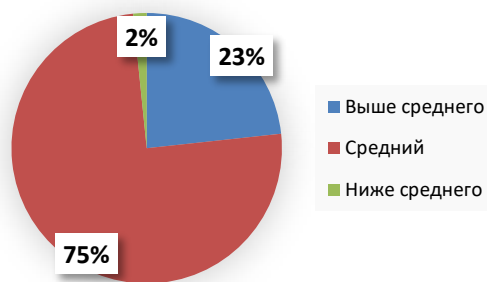


Рисунок 4 - Оценка уровня жизни

Оценка респондентами своего стиля жизни (т.е. индивидуального набора привычек, ценностей, предпочтений и убеждений, определяющих способ, которым человек ведет свою жизнь) показывает, что большинство респондентов (57%) оценивают свой стиль жизни как положительный, 42% - средний, 1% - отрицательный (рис. 3). Уровень жизни оказывает существенное влияние на образ жизни. 75% опрошенных оценивают свой уровень жизни как средний, 2% - ниже среднего, 23% - выше среднего (рис.4).

Результаты исследования показывают, что большинство студентов (95%) считают, что на здоровье человека оказывает существенное влияние образ жизни. Однако, 67% оценивают свой уровень знаний законодательства об охране здоровья как недостаточно высокий, 33% - как хороший и средний. Оценивая собственное здоровье, 50% респондентов отметили, что не имеют хронических заболеваний, а также факторов риска, 32% - имеют повышенный риск, 18% - имеют ХНИЗ, которые требуют диспансерного наблюдения. У 58% респондентов имеется наследственная предрасположенность к заболеваниям (сахарный диабет, артериальная гипертензия, варикозная болезнь нижних конечностей, инсульт, инфаркт миокарда, ожирение, онкологические заболевания) (рис.5). 31% опрошенных имеют симптомы аллергических реакций, 6% - имеют ярко выраженные симптомы аллергической реакции и обращались к врачу. 23% респондентов обращаются к врачу более двух раз в год по причине болезни. 33% респондентов имеют симптомы повышенного артериального давления, 5% - часто случается повышенное АД.

Изучение режима дня студентов, показывает следующее: 58% никогда не выполняют утреннюю зарядку, 37% - иногда, лишь 5% - ежедневно; 22% - совсем не высыпаются, много работают или учатся; 48% спят менее 8-9 часов; 30% - соблюдают режим сна и отдыха; 27% - питаются беспорядочно; 26% - питаются менее 3 раз в день; 3% - более 5 раз; 44% - питаются правильно 3-4 раза в день; 35% - принимают пищу менее чем за 2 часа до сна; 15% - задолго до сна; 50% - не более чем за 3-4 часа перед сном; 60% респондентов работают (учатся) более 8-9 часов в день.

Изучение питания, показывает следующее: 31% - не употребляют ежедневно овощи и фрукты; 54% - стараются употреблять 400г овощей и фруктов, но не ежедневно; 15% - ежедневно; 19% - употребляют мало воды в течение дня; 55% - около 1,5 л в день; 26% - соблюдают питьевой режим; 56% - не ведут учёт калорий и БЖУ, т.к. их это не интересует; 39% - иногда; 5% - ежедневно ведут подсчёт калорий и БЖУ; 43% - не обращают внимание на содержание жира в продуктах питания; 36% - иногда задумываются, но этикетки не читают; 21% - стараются использовать только натуральные нерафинированные жиры в небольших количествах; 14% - любят сладкое, не могут себе в этом отказать; 65% - употребляют сахар в умеренном количестве не более 6 ч.л.; 21% - вообще не употребляют сахар.

Изучение физической активности студентов, показывает следующее: 17% физически пассивны; 62% стараются вести физически активный образ жизни; 21% - ведут физически активный образ жизни; 21% тратят на ходьбу до 30 минут в день; 36% - более 30 минут; 43% - более 1 часа в день; 19% - не занимаются активными физическими упражнениями; 46% - не каждую неделю; 23% - регулярно 1-2 раза в неделю; 12% - 3 и более раз в неделю; 67% - не проводят закаливающие процедуры; 29% - время от времени; 4% - регулярно.

Изучение психологического состояния студентов, показывает следующее: 3% респондентов отметили, что их постоянно раздражают окружающие люди; 62% - оценивают свои отношения с окружающими как чаще доброжелательные; 35% - доброжелательные;

21% - испытывают постоянное утомление, усталость, головную боль; у 65% - иногда проявляется один или два признака; у 14% - не бывает признаков утомления; у 13% - часто бывает эмоциональный всплеск; 55% - иногда испытывают подъём или упадок настроения; 32% - обычно спокойны; у 11% - преобладает чувство страха, паники, отчаяния и безысходности; 44% отмечают отсутствие каких-либо изменений эмоционального состояния; 45% присуще активное желание действовать; 21% отмечают, что у них нет хобби, нет времени на творчество; 49% - редко занимаются творчеством; 30% - находят время, чтобы заниматься творчеством.

Изучение таких составляющих образа жизни как соблюдение гигиены и наличие вредных привычек, показывает следующее: 12% - отметили, что у них есть вредные привычки; 36% - иногда могут себе позволить; 52% - не имеют вредных привычек; 29% респондентов по возможности стараются соблюдать санитарно-гигиенические нормы; 71% - всегда соблюдают санитарно-гигиенические нормы; 3% - отказываются о вакцинации; 7% - имеют медицинский отвод; 45% - делают прививки выборочно; 45% - регулярно делают прививки.

Таким образом, студенты, как будущие медицинские работники, достаточно хорошо осведомлены о том, что такое здоровый образ жизни. Однако, образ жизни студентов нельзя в полной мере назвать здоровым. На здоровье студентов в большей степени влияют тенденции к физической пассивности, режим дня, питание, психологический климат в коллективе, эмоциональное состояние, низкий уровень внутренней мотивации к ведению ЗОЖ. Поэтому 25% студентов имеют избыточную массу тела и ожирение, 9% - дефицит массы тела (рис.5).

В связи с этим, было разработано 7 уроков, которые содержали советы и задания по основным проблемам, выявленным в ходе онлайн-анкетирования, и проведена информационная работа со студентами техникума с использованием сервиса «Google Формы».

Анализ контрольного анкетирования показал, что уровень осведомлённости студентов повысился. Результаты экспресс-опроса показали, что:

65 % респондентов стали соблюдать режим сна и отдыха; 52 % стараются следить за своей физической активностью; начали контролировать свой питьевой режим; 44 % стараются следить за своим питанием; 40 % рассчитали норму потребления воды;

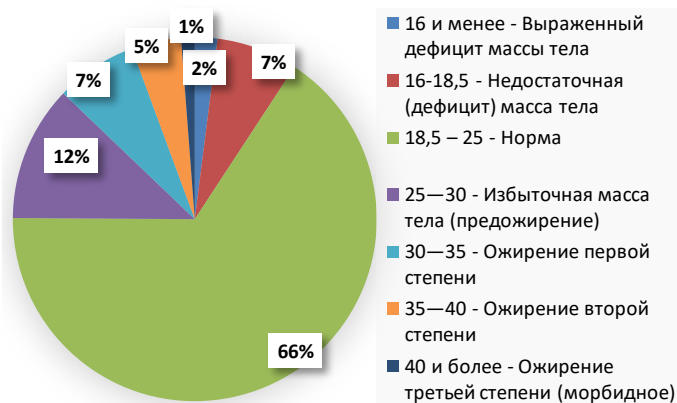


Рисунок 5 - Распределение респондентов по ИМТ

стараются проходить 10000 шагов ежедневно; стараются потреблять больше овощей и фруктов; уменьшили потребление сахара; 33 % начали контролировать свою массу тела; 25 % стали использовать рекомендованные способы для снятия стресса; 23% уменьшили потребление соли; 15 % разучили комплекс утренней зарядки; 13 % начали выполнять утреннюю зарядку. 90% респондентов отметили, что данная информация была полезна.

Полученные в ходе экспресс-опроса данные, говорят о том, что полученная информация реализуется в поступках и действиях студентов по модификации ими образа жизни. Тем не менее большинству респондентов следует продолжить работу по модификации своего образа жизни: соблюдать режим учёбы, труда, отдыха, сна и питания; увеличить двигательную активность; сбалансировать питание; соблюдать питьевой режим; контролировать свой вес; научиться управлять эмоциями; отказаться от вредных привычек.

Таким образом, в ходе проведённого исследования поставленные цели достигнуты, посредством последовательно выполненных задач. Выдвинутые гипотезы подтверждены. Практическая значимость работы заключается в том, что разработанные материалы (анкеты,

уроки) можно использовать для проведения ежегодного исследования по данной теме среди студентов не только КГБПОУ АМТ, но и других образовательных организаций.

Список использованных источников

1. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. N 8 "Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года"
3. Веницынская А.В. Разработка и реализация проекта «Мониторинг здоровья» студентами и преподавателями Тамбовского областного медицинского колледжа// Сб. научн. ст. по итогам раб. междунар. науч. фор. Наука и инновации – современные концепции (г. Москва, 29 января 2021 г.). / отв. ред. Д.Р. Хисматуллин. – Москва: Издательство Инфинити, 2021. – С. 175-180.
4. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий: учебное пособие / С. И. Двойников и др.; под ред. С. И. Двойникова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-5562-3. - Текст: непосредственный.
5. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / В.А. Медик. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 656с.
6. Пузанова, Ж.В., Тертышников, А.Г. Особенности образа жизни и отношения к здоровью российских студентов (на примере МГУ и РУДН). - Социологические исследования, 2017; (8): с.88-94.
7. Общее понятие о здоровом образе жизни <https://71.rospotrebnadzor.ru/content/596/82301/>

БИНОКУЛЯРНОЕ ЗРЕНИЕ И СТЕРЕОКАРТИНКИ

Маркина Олеся Александровна

Руководитель: Жаркова Ольга Борисовна

Благодаря глазам мы получаем почти всю информацию об окружающем мире. Глаза помогают человеку передвигаться в нужном направлении, ориентироваться в пространстве и во времени.

Бинокулярное зрение – это возможность видеть одновременно двумя глазами. Бинокулярность позволяет видеть трехмерное, объемное изображение за счет объединения двух изображений, полученных разными глазами. Без бинокулярного зрения человек не может заниматься некоторыми видами профессиональной деятельности, а также управлять любыми видами транспорта.

В связи с этим целью работы является определение связи между бинокулярным зрением и способностью рассмотреть изображение, спрятанное на стереокартинке

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи:

1. Рассмотреть понятие и функции бинокулярного зрения
2. Выявить связь бинокулярного зрения и стереокартинок
3. Проверить эффективность инструкций по просмотру стереокартинок

Объект исследования: бинокулярное зрение

Предмет исследования: связь стереокартинок с бинокулярным зрением

Гипотеза: наличие бинокулярного зрения позволяет увидеть изображение на стереокартинке.

В процессе исследования использовались следующие методы:

1. Изучение документальных материалов

2. Социологический опрос – анкетирование
3. Наблюдения в ходе проведения эксперимента

Нормальное формирование бинокулярности приводит к развитию стереоскопического, или пространственного зрения. Именно за счет него оценивается форма, размер, объем и расстояние до предметов.

Среди функций бинокулярного зрения можно отметить следующие:

- Определение дистанции до предметов;
- Ориентирование в пространстве;
- Расширение поля зрения;
- Возможность видеть трехмерное, объемное изображение;
- Улучшение цветовосприятия;
- Повышение остроты зрения.

В случае нарушения бинокулярного зрения происходит расстройство стереоскопичности. Человеку трудно ориентироваться в пространстве, снижается цветовое восприятие, ухудшается качество и острота зрения.

Человеческое зрение в норме является бинокулярным. Правый и левый глаз видят одну и ту же картинку с разных ракурсов. Обработывая поступившую от зрительных органов визуальную информацию, головной мозг соединяет два плоских изображения в одно объемное. При этом мозг некорректно соединяет углы, под которыми мы рассматриваем изображение, и точки падения взгляда. Самообман мозга приводит к обману зрения, поэтому мы видим трехмерную картинку в наборе плоских фрагментов. Для тренировки такой способности и просто для развлечения можно использовать стереокартинки, в которых «спрятаны» трехмерные изображения.

Стереокартинки - это плоское изображение повторяющихся узоров из точек, геометрических фигур и других предметов на определенном фоне, в которых зашифрована 3-Д иллюстрация

Окулисты рекомендуют просмотр стереограмм для тренировки аккомодационных мышц и бинокулярного зрения. При ежедневных упражнениях, можно достичь положительных эффектов:

- Повышение остроты зрения;
- Стабилизация работы аккомодационных мышц, которые отвечают за работу хрусталика;
- Улучшение кровообращения и нормализация внутриглазного давления;
- Расслабление мышц глаза;
- Улучшение бинокулярности, что способствует более четкому восприятию пространства, форм, глубины.

Для того чтобы понять знают ли студенты нашего колледжа о стереокартинках и



бинокулярном зрении среди них был проведен опрос (рис.1). В опросе приняли участие студенты с 1 по 3 курс (35 человек).

Из опроса выяснилось, что большинство студентов не знают, что такое бинокулярное зрение (13 студентов знают – 37%, 22 не знают – 63%). Поэтому я в беседе рассказала опрошенным, что это такое и провела определение бинокулярного зрения методом Соколова.

Он широко известен как «дыра в ладони», для его проведения не нужны специальные приборы или сложное оборудование. Достаточно взять трубку длиной примерно 30 см (это может быть просто скрученный лист бумаги), приложить ее к одному глазу и посмотреть вдаль. Ладонь нужно поднести к краю трубки, закрывая при этом обзор свободному глазу. Если зрительные органы работают согласованно, получают изображение одновременно, и мозг сливает их в единый образ, то человек видит, что в ладони образовалась «дыра». Такой эффект возникает из-за того, что картинки с правого и левого глаза накладываются друг на друга, соединяясь в цельное изображение.

В ходе исследования получились следующие результаты (рис.2): у 32 студентов – 91 % бинокулярное зрение, но у 3х ребят – 9% так и не получилось увидеть «дыру в ладони», могу предположить, что у них скорее всего, монокулярное зрение, и нужно обратиться на прием к офтальмологу для проведения дополнительного исследования чтобы подтвердить или опровергнуть признаки нарушения бинокулярности и начать своевременное лечение, если это необходимо.



Рисунок 2 – Результаты определения бинокулярного зрения

Также оказалось, что многие студенты знают, что такое стереокартинки, но не все видят их (18 видят, 17 не видят). Выяснив, что практически половина студентов не видят стереокартинки, я решила закрепить навык для тех, кто уже умеет и попробовать научить тех, кто еще не видит 3D изображение. Для этого я рассказала ребятам несколько методов, которые могут помочь.

После эксперимента оказалось, что большинство студентов научились рассматривать 3- Д изображение. Из 17 ребят, которые не умели рассматривать стереограмму, 13 увидели (76%) зашифрованную картинку, а 4 (24%) студентам так и не удалось увидеть 3-Д изображение, могу предположить, что это потому, что двое из этих студентов ответили, что у них монокулярное зрение, а стереокартинки мы видим как раз за счет бинокулярности.

Также в данном эксперименте принимали участие и те, кто уже умеет рассматривать картинку, но оказалось, что не у всех данный опыт закончился успехом. Из 18 студентов у одной девушки так и не получилось увидеть изображение. Изучив ее ответы на опрос выяснилось, что у нее монокулярное зрение. Могу предположить, что именно поэтому девушка не увидела изображение, а ранее видела так как такого нарушения не было. Мы посоветовали студентке обратиться к офтальмологу.

Изучая данную проблему, я задумалась о том, что в современном мире у многих людей проблемы со зрением и возможно это могло быть причиной того, почему некоторые студенты не увидели 3-Д изображение. Чтобы это выяснить, в опрос были включены следующие вопросы:

-Носите вы очки или линзы?

- Есть ли у вас заболевание глаз? Если есть, то какое?

Получила следующие результаты:

74% (26 человек) из опрошенных студентов не страдают нарушением зрения, а у 26% (9 человек) студентов выявлена миопия. Но все ребята с данной проблемой увидели объемную картинку, а значит проблемы со зрением не являются причиной того, почему некоторые не могут рассмотреть стереограмму.

В ходе исследовательской работы, я изучила что такое бинокулярное зрение и его суть. Она заключается в том, что каждый из двух глаз получает собственное изображение, которое передается в затылочную долю коры мозга. Там полученные картинки объединяются в единое изображение.

Также я выяснила в чем секрет стереокартинок. Оказалось, что полученный стереоэффект от рассмотрения рисунка основан на бинокулярности зрительной системы человека.

Доказала гипотезу: наличие бинокулярного зрения позволяет увидеть изображение на стереокартинке. Провела опрос и научила ребят с бинокулярным зрением рассматривать объемное изображение.

Список использованных источников

1. Бинокулярное зрение: Что это означает, отклонения и методы лечения URL: <https://elitplus-clinic.ru/stati/binokulyarnoe-zrenie.html> (дата обращения: 15.03.2024)

2. Рожкова, Г.И. Случайно-точечные стереограммы: уникальные инструменты для изучения, оценки и тренировки бинокулярных механизмов восприятия глубины // МИР ТЕХНИКИ КИНО I 2016 – 4 (10)

3. Стереокартинки для глаз: как научиться различать - URL: <https://лазертерапия.рф/articles/stereokartinki-dlya-glaz/> (дата обращения: 04.05.2024)

СОЗДАНИЕ ИНТЕРАКТИВНОГО ПЛАКАТА «ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ, ИЛЛЮСТРИРУЮЩИХ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ»

*Миронова Мария Васильевна,
Руководитель: Метель Ульяна Валерьевна,
КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»*

В нашу жизнь уже прочно вошло такое понятие, как компьютерные технологии. И это вполне оправдано тем, что век нынешний – это век информационный.

Плакат — это наглядное изображение, которое может быть использовано в самых различных целях: реклама, агитация, обучение и т. п. Важно то, что плакат по своей сути — это средство предоставления информации, то есть основная его функция — демонстрация материала [2].

Цель работы – разработка интерактивного плаката на тему: «Описание клинических случаев, иллюстрирующих генетические принципы в практической медицине».

Задачи:

1. Рассмотрение понятия «интерактивный плакат».

2. Изучение основных этапов создания тематического мультимедийного интерактивного плаката.

3. Анализ и выбор существующих технологических приемов для создания интерактивного плаката.

4. Разработка интерактивного плаката на тему «Описание клинических случаев, иллюстрирующих генетические принципы в практической медицине».

5. Экспериментальная проверка интерактивного плаката во время прохождения учебного материала студентами медицинского колледжа.

Гипотеза: разработанный интерактивный плакат является современным многофункциональным средством обучения и предоставляет более широкие возможности для организации учебного процесса.

Практическая значимость: интерактивный плакат — это интересное, компактное современное учебное пособие. При его разработке не только повторяется учебный материал, но и изучаются возможности новых компьютерных программ. Созданное пособие может быть использовано для самостоятельного изучения материала учащимися и для объяснения учебного материала преподавателями медицинских колледжей на занятиях. За новыми технологиями будущее, так почему бы не использовать их с пользой? И потому актуальность применения интерактивных плакатов очевидна.

Изучив и проанализировав материал по медицинской генетике, разработала плакат с гиперссылками [2]. В своем интерактивном плакате я отразила 24 заболевания, среди них: Ахондроплазия, Болезнь Альцгеймера, Наследственный рак молочной железы и яичников, Синдром CHARGE, Тугоухость несиндромальная, Синдром Марфана, Поликистоз почек, Ретинобластома, Возрастная дегенерация Макулы, Болезнь Крона, Муковисцидоз, Гемофилия и т. д. [4]. На странице плаката по каждому заболеванию указала основные характеристики: иллюстрируемые принципы, особенности фенотипических проявлений, этиологию и встречаемость заболевания, код заболеваний, описаны клинические случаи каждой болезни.

Большинство заболеваний интерактивного плаката имеют код МИМ («Менделевское наследование у человека» (англ. Mendelian Inheritance in Man, МИМ)), медицинская база данных, в которой собирается информация об известных заболеваниях с генетическим компонентом и генах, ответственных за их развитие. Эта база данных предоставляет библиографию для будущих исследований, инструментарий для геномного анализа зарегистрированного гена и используется в медицинской литературе, чтобы обеспечить единый индекс для генетических заболеваний [7].

К Международной классификации болезней (МКБ-10)* в интерактивном плакате отражены 4 заболевания: Альцгеймер (МКБ-10: G30), Болезнь Шарко-Мари-Тута 1А типа (МКБ-10: G60), Болезнь Крона (МКБ-10: K50.0), Синдром Тернера (МКБ-10: Q96).

Коды G00-G99 в Международной классификации болезней (МКБ-10) относятся к болезням нервной системы.

Коды МКБ-10: К относятся к болезням органов пищеварения.

Следует отметить практическую ориентацию плаката, в связи с чем оно, несомненно, будет полезно студентам колледжей, медицинских вузов, преподавателям.

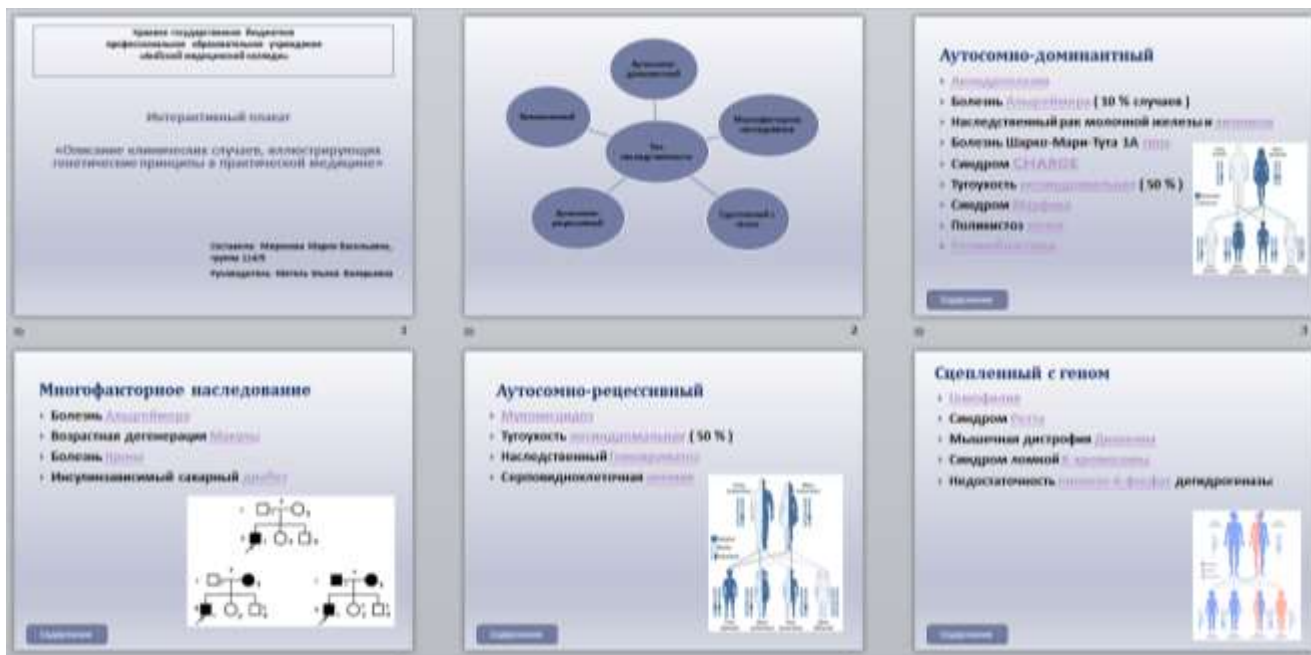


Рисунок 1 – Фрагмент интерактивного плаката на тему: «Описание клинических случаев, иллюстрирующих генетические принципы в практической медицине»



Рисунок 2 – Фрагмент интерактивного плаката на тему: «Описание клинических случаев, иллюстрирующих генетические принципы в практической медицине»

Подводя итог создания интерактивного плаката на тему «Описание клинических случаев, иллюстрирующих генетические принципы в практической медицине», можно точно сказать, что все поставленные задачи я выполнила:

1. рассмотрела понятие «интерактивный плакат»;
2. изучила основные этапы создания тематического мультимедийного интерактивного плаката;
3. проанализировала и выбрала существующие технологические приемы для создания интерактивного плаката;
4. разработала интерактивный плакат, используя медицинскую литературу (провела анализ генетических заболеваний с указанием основных характеристик). Интерактивный плакат содержит новейшую информацию, приведены 24 клинических случаев, иллюстрирующих генетические принципы в практической медицине.
5. экспериментально проверила интерактивный плакат во время прохождения учебного материала студентами медицинского колледжа. Следует отметить практическую ориентацию плаката, в связи с чем оно, несомненно, будет полезно студентам колледжей, медицинский вузов, преподавателям.

Работа над плакатом помогла мне сделать вывод: разработанный интерактивный плакат является современным многофункциональным средством обучения и предоставляет более широкие возможности для организации учебного процесса.

В ходе экспериментальной проверки интерактивного плаката, я заметила, что студенты медицинского колледжа гораздо лучше усваивают материал и проявляют большую активность на занятии, если преподносить им информацию в творческом виде. Именно так информация отражена в интерактивном плакате. К тому же плакат можно создавать по различным темам и предметам. По моему мнению, создание плакатов для проведения занятия, значительно улучшит усвоение материала и показатель успеваемости обучающихся.

Список использованных источников

1. Заяц Р.Г. Медицинская биология и общая генетика – учебник /Р.Г.Заяц, В.Э.Бутвиловский, И.В.Рачковская, В.В.Давыдов –М.: Высшая школа, 2012 – 496с.
2. «Дидактические аспекты использования MS Power Point» Манжула А.М., Распопов В.Б. – http://ite.kspu.edu/webfm_send/201
3. Дидактор. Технология конструирования интерактивного плаката – <http://didaktor.ru/texnologiya-konstruirovaniya-interaktivnogo-plakata/>
4. Медицинская генетика: учеб.пособие/ Роберт Л. Ньюсбаум, Родерик Р. Мак-Иннес, Хантингтон Ф. Виллард; пер. с англ. А.Ш. Латыпова; под ред. Н.П. Бочкова. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 624 с.:ил.
5. Нахаева В.И. Практический курс общей генетики – учебное пособие / В.И.Нахаева – М.: Флинта, 2011. – 209с.
6. Пассарг Э. Наглядная генетика – учеб.пособие/ Пассарг Э.-М.: Лаборатория знаний, 2022-508с.
7. Тейлор Д. Биология [Текст] – учебник в 3-х томах /Д.Тейлор, Н.Грин, У.Стаут – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2013.– 1352с.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нартова Алёна Васильевна

Руководитель: Жаркова Ольга Борисовна

ВСЕ ЛИ БОЛЕЗНИ ОТ НЕРВОВ! - частая фраза не только обывателей, но и медицинских работников. В человеческом организме нервной системе принадлежит ведущая роль в регуляции работы всех органов и систем нашего тела. Состояние нервной системы и психики напрямую определяет здоровье всего организма.

В современной жизни телесные заболевания связывают не только с физическими, но и психологическими факторами. Негативные чувства, мысли и переживания плохо влияют на здоровья человека в целом, проявляются в виде слабости, головокружений или вызывают различные болезни. В связи с этим целью работы является изучение связи определенных психологических факторов и склонности к развитию психосоматических заболеваний.

Задачи:

1. Проанализировать факторы, влияющие на развитие психосоматических заболеваний
2. Определить связь между темпераментом человека и склонностью к психосоматическим заболеваниям

Объект исследования: психосоматические заболевания

Предмет исследования: взаимосвязь между психологическими факторами и соматическими заболеваниями

Гипотеза: Склонность к психосоматическим заболеваниям зависит от темперамента и наличия стрессогенных факторов в жизни человека

Психосоматика – это направление медицинской психологии и практической медицины, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний.

Психосоматические заболевания — это группа патологий, которые спровоцированы проблемами с нервной системой человека, при этом проявляются симптомы, схожие с заболеванием внутренних органов.

Наиболее распространенные симптомы и жалобы, которые могут возникать на "нервной почве":

- бессонница,
- учащение дыхания,
- аритмия,
- головная боль,
- комок в горле,
- тревога,
- навязчивые страхи,
- повышение веса (ожирение), потеря веса (кахексия),
- повышение или снижение артериального давления, скачки давления,
- кожные высыпания,
- тошнота, рвота,
- частые позывы к мочеиспусканию,
- чувство онемения в любой части организма.

К психосоматическим расстройствам относят такие заболевания как артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, воспалительные заболевания кишечника, нейродермит и другие.

Главный диагностический критерий таких заболеваний — обследование, зачастую неоднократное — не позволяет обнаружить никаких признаков органического заболевания.

В этом смысле психосоматические расстройства схожи с ипохондрией, когда пациенты предъявляют жалобы на болезненность в разных частях тела и дискомфортные ощущения внутри организма. При этом проведенные анализы и обследования не подтверждают наличие заболевания.

Таким образом, можно предположить, что психосоматические расстройства являются одним из проявлений ипохондрии. Эксперты выделяют две группы причин развития ипохондрии:эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние).

Организм человека, который переживает стресс, вырабатывает гормоны, которые ускоряют все физиологические реакции – усиливается моторика желудочно-кишечного тракта, учащаются сердечный ритм и дыхание, растет давление в сосудах. Организм как бы находится в «боевой готовности», чтобы человек мог спасти себя в случае опасности. В состоянии покоя работа всех органов и систем нормализуется, но если человек долго не чувствует себя в безопасности, то спазмы органов сохраняются на длительное время, что может спровоцировать возникновение гипертонических и хронических болезней.

Как еще одну возможную причину физического состояния психологи рассматривают индивидуальные психологические особенности.

В связи с этим целесообразно изучить два фактора развития психопатологических расстройств: темперамент как эндогенный фактор и стресс как экзогенный.

Чтобы разобраться есть ли взаимосвязь между темпераментом человека и возникновением психосоматических заболеваний, был проведен опрос с целью выявления склонности к психосоматическим заболеваниям среди разных групп населения. В опросе приняли участия люди старше 14 лет (61 человек). Возрастные группы - 14-17 лет - 18 человек (29%); 18-24(46%); 25 и более 15 (26%)

Анализ проведенного опроса (рис. 1), выявил, что 27(45%) человек имеют средний уровень склонности к психосоматическим заболеваниям, 25(41%) низкий и 9(15%) человек имеют высокий риск появления психосоматических симптомов.

Риск появления психосоматических СИМПТОМОВ

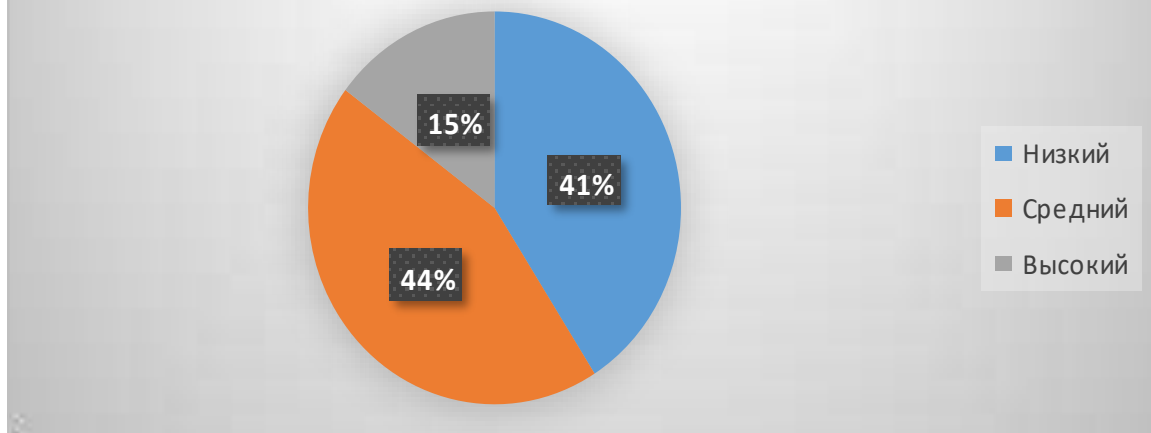


Рисунок 1 – Склонность к психосоматическим заболеваниям

В ходе опроса также был определён темперамент каждого. У всех опрошенных наблюдается сочетание из 2-3 разных темпераментов. У каждого был выделен основной темперамент, из них 13 человек флегматики (21%), 30 человек сангвиники (49%), 9 холерики (14%) и 9 человек меланхолики (14%).

Сравнение результатов двух исследований показало, что сангвиники меньше всех склонны к возникновению психосоматических заболеваний. По рискам заболевания: 10 человек (33%) имеют средний риск заболевания; 18 человек (60%) низкий риск заболевания и 2 (3%) имеют высокий риск заболевания

А вот меланхолики и холерики больше склонны к возникновению психосоматических заболеваний (рис.2). Меланхолики - 5 (55%) человек имеют средний риск; 3 (33%) высокий риск и всего 1(11%) имеет низкий риск. Холерики - 2(22%) низкий риск; 3(33%) средний риск и 4 (44%) имеют высокий риск возникновения психосоматических заболеваний.

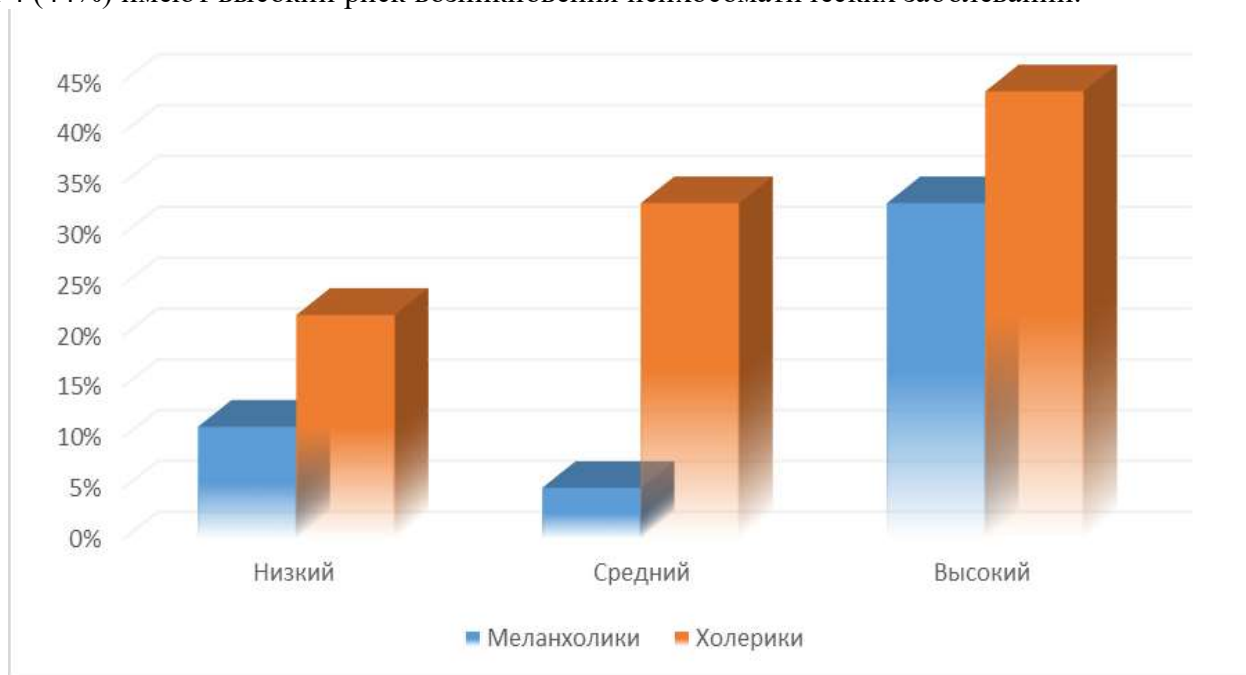


Рисунок 2 - Склонность к психосоматическим заболеваниям в соответствии с темпераментом

С помощью еще одного опроса было выявлено, как часто в повседневной жизни опрошенные сталкиваются со стрессом и как его переживают.

Респонденты отвечали на два вопроса:

1 вопрос - Часто ли вы сталкиваетесь со стрессом в повседневной жизни?

Скорее да, чем нет ответили 28 человек (46%); скорее нет, чем да- 19(31%); нет 8(13%); да 6(10%)

2 вопрос - Как вы реагируете на стресс?

Исходя из ответов, можно сказать, что 70% (43 человека) переживают эмоции внутри себя, а остальные 30% (18 человек) пытаются выплеснуть весь негатив, чтобы не копить его в себе.

Из всех опрошенных те, кто испытывает стресс на постоянной основе, а это 6 человек (10%) - 3 человека переживают стресс внутри и 3 человека пытаются выплеснуть свои эмоции. Полученные результаты показали, что те, кто переживает стресс внутри, имеют высокий и средний уровень появления психосоматических симптомов, а все те, кто пытается выплеснуть свои эмоции, не смотря на то, что у них высокий уровень стресса имеют минимальный риск возникновения психосоматических симптомов.

Рассмотрев все 9 случаев с высоким риском психосоматических заболеваний можно сделать вывод, что из них 4 человека меланхолики, 3 человека холерики и 2 имеют высокий уровень стресса и переживают эмоции внутри себя.

Таким образом, можно предположить, что темперамент и наличие подавляемого стресса, являются факторами риска возникновения психосоматических заболеваний.

В ходе исследовательской работы, я изучила, что такое психосоматика, психосоматическое расстройство и определила их взаимосвязь с темпераментом и стрессом. Определила типы темперамента, которые больше всего подвержены психосоматическим заболеваниям (меланхолики и холерики). С помощью опроса выяснила, что на возникновение психосоматических заболеваний может влиять, как темперамент личности, так и стрессовые ситуации.

Список использованных источников

1. Бараусова, Е.М. Психосоматика. Ипохондрия - URL: <https://www.b17.ru/article/297214/?ysclid=ls1w9zxmom158995584> (дата обращения: 23.03.2024)

2. Лаврова, М. А. Основы психосоматики : учебное пособие / М. А. Лаврова, Н. А. Томина, Я. И. Коряков ; под общ.ред. М. А. Лавровой ; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский федеральный университет. — Екатеринбург : Изд-во Урал.ун-та, 2022. — 146 с. : ил. — Библиогр.: с. 120–125. — 30 экз. — ISBN 978-5-7996-3485-8. — Текст : непосредственный.

3. Родионов, А. Что такое психосоматика и как это лечить? - URL: <https://www.sechenov.ru/pressroom/news/chto-takoe-psikhosomatika-i-kak-eto-lechit-/?ysclid=lw8oaga5n0720921759>(дата обращения: 03.05.2024)

4. Тест на определение типа темперамента - URL:<https://nsportal.ru/shkola/obshchestvoznanie/library/2015/02/23/test-na-opredelenie-tipa-temperamenta>(дата обращения: 03.03.2024)

5. Тетёркин, С.А. Все болезни от нервов: какие заболевания могут возникать из-за стресса - URL: <https://rhana.ru/article/obraz-zhizni-i-dolgoletie/vse-bolezni-ot-nervov/?ysclid=lw8mawdbax98564294> (дата обращения: 16.05.2024)

6. Филашихин, В.В. Все ли болезни от нервов? - URL: <https://rosa.clinic/blog/psihiatria/nervnaya-pochva/>(дата обращения: 01.05.2024)

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА КОММУНИКАЦИЮ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

*Овчарова Екатерина Игоревна
Научный руководитель: Белова Елена Леонидовна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»*

Медицинские сестры составляют самый крупный сегмент в штатной структуре работников лечебного учреждения. В медицинских организациях тип взаимоотношений между средним медицинским персоналом и врачами определяет эффективность внутренней коммуникации и является одним из ключевых элементов, определяющих качество медицинской помощи. Более того, продуктивное общение помогает принимать совместные решения в отношении ухода, ориентированного на пациента, и способствует положительным результатам.

Актуальность изучения влияния профессионального стресса на коммуникацию в медицинском коллективе обусловлена тем, что профессиональный стресс оказывает негативное влияние на качество оказания медицинской помощи и жизни медицинских работников. Психологическое состояние медицинского работника напрямую обеспечивает эффективность оказания медицинской помощи пациентам, и их удовлетворенностью этой помощью.

Цель: изучить влияние профессионального стресса на коммуникацию в медицинском коллективе.

Задачи исследования:

1. Проанализировать научную теоретико-практическую литературу по проблеме профессионального стресса и коммуникации в коллективе;
2. Провести исследование профессионального стресса и коммуникации в медицинском коллективе;
3. Обработать и проанализировать полученные результаты;
4. Разработать рекомендации по методам борьбы с профессиональным стрессом у медицинских работников и поддержанию здоровой коммуникации в медицинском коллективе.

Объект исследования: профессиональный стресс как психологический феномен.

Предмет исследования: профессиональный стресс и коммуникация в медицинском коллективе.

Гипотеза: мы предполагаем, что...

Методы исследования:

1. Эмпирический метод (изучение литературы).
2. Статистическая обработка эмпирических данных.

Эмпирическая база: ФГКУ Красноярский гарнизонный военный госпиталь, Филиал №2, ул. Горького 2а

Выборка: 20 медицинских сестер неврологического отделения, операционной и анестезиологии, поделенные на 2 группы по стажу работы:

- 1 группа – медсестры со стажем работы более 20 лет
- 2 группа – медсестры со стажем работы менее 20 лет.

В исследование были включены медицинские сестры отделения неврологии, операционной и анестезиологии.

Выборка составила: 20 медицинских сестер неврологического отделения, операционной и анестезиологии, поделенные на 2 группы по стажу работы:

- 1 группа – медсестры со стажем работы более 20 лет
- 2 группа – медсестры со стажем работы менее 20 лет

Отделения: 30% медицинских сестер операционного отделения, 50% медицинских сестер отделения неврологии, 20% медицинских сестер отделения анестезиологии.

Согласие на проведение исследования в Красноярском гарнизонном военном госпитале было получено в устной форме у главной медицинской сестры, а также у каждой медицинской сестры, участвующей в исследовании.

Используемые методы исследования: анкетирование, методика «Оценка профессионального стресса» опросник Вайсмана, оценка коммуникативных склонностей (по методике Б.А.Федоришина кос).

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе нами был проведён анализ и рассчитаны процентные данные анкетирования. На втором этапе были проанализированы результаты анкетирования, методики «Оценка профессионального стресса» опросник Вайсмана и оценка коммуникативных склонностей (по методике Б.А.Федоришина кос).

В качестве основного метода исследования была применена специально разработанная анкета, которая позволила выявить наличие психологического стресса у медработников и его влияние на коммуникацию в коллективе, а также способы борьбы со стрессом каждого исследуемого.

Анкета содержала два блока вопросов. Первый блок вопросов отражает статистические данные (возраст, стаж работы, отделение медицинской сестры).

Вопросы второго блока позволяли оценить наличие психологического стресса у медработников и его влияние на коммуникацию в коллективе, а также способы борьбы со стрессом каждого исследуемого. Анализ проводился по результатам ответов на вопросы: «Подвержены ли вы профессиональному стрессу?», «Если да, то что именно вызывает у вас стресс?», «Влияет ли профессиональный стресс на ваше общение с коллегами?», «Что вам помогает справиться со стрессовыми ситуациями на рабочем месте?», «Какими способами снимаете профессиональный стресс во вне рабочее время?».

Интерпретация данных. Суммируется количество баллов за каждый вопрос.

Другим методом исследования является оценка коммуникативных склонностей (по методике Б.А.Федоришина кос).

Цель исследования: оценка коммуникативных склонностей (по методике Б.А.Федоришина кос) позволяет определить уровень коммуникативных склонностей.

Ход исследования и инструкция. Методика представляет собой опросник, который включает 15 утверждений. Каждое утверждение необходимо оценить своим согласием «+» или несогласием «-» с каждым из них.

На первом этапе исследования были получены следующие результаты по каждой возрастной группе.



Рис. 1 Стаж работы

В результате анкетирования респонденты разделились на две группы. Группа 1 включает 60 % медицинских сестер со стажем работы более 20 лет. Группа 2 включает 40 % медицинских сестер со стажем работы менее 20 лет работы.

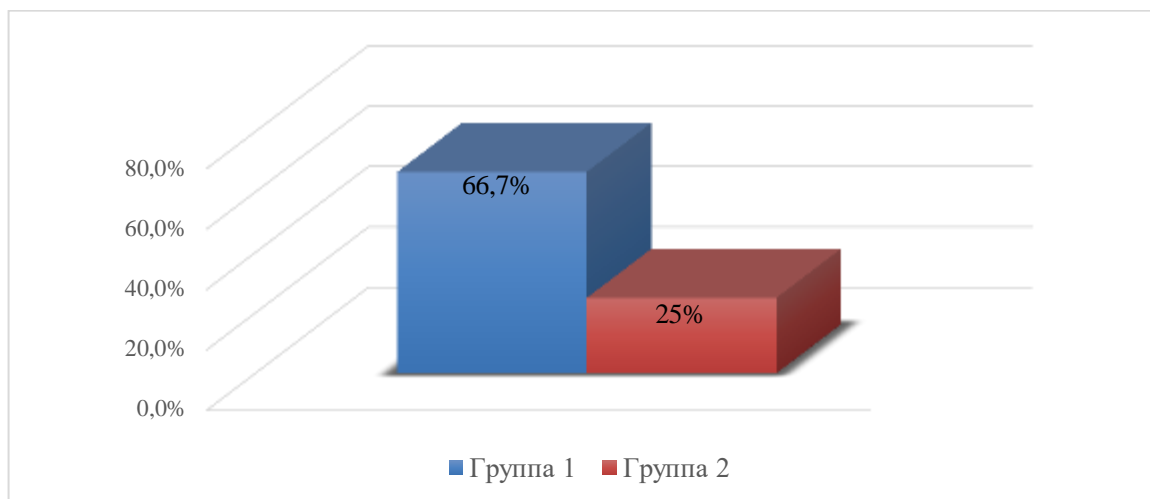


Рис.2 Наличие профессионального стресса

Среди медицинских сестер группы 1 66,7% отмечают наличие профессионального стресса, и 33,3% медицинских сестер группы 2 отмечают отсутствие у них профессионального стресса.

Среди медицинских сестер группы 2 25% отмечают наличие профессионального стресса. 75% медицинских сестер группы 2 отмечают отсутствие у них профессионального стресса.

Результаты анкетирования показали, что медицинские сестры со стажем работы более 20 лет более подвержены профессиональному стрессу, чем медицинские сестры со стажем работы менее 20 лет.

Также среди ответов на вопрос о причинах профессионального стресса, можно выделить такие ответы как «Неприятности на рабочем месте», «бессилие в помощи пациенту», «Общение с большим количеством людей», «Наглость пациентов», «Когда реанимационные мероприятия не эффективны».

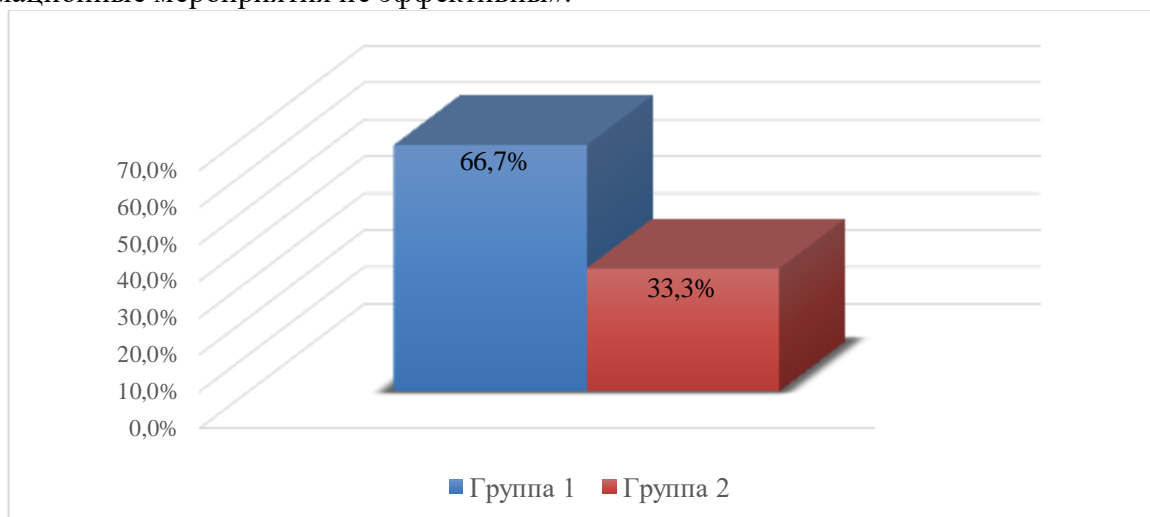


Рис. 3 Влияние профессионального стресса на коммуникацию в медицинском коллективе

Среди респондентов, отметивших влияние профессионального стресса по коммуникацию в коллективе 66,7% медицинских сестер из 1 группы, и 33,4% медицинских сестер из 2 группы.

Из ответов на вопрос о способах борьбы с профессиональным стрессом на рабочем месте можно выделить варианты «Соблюдение медицинской этики», «Коммуникабельность», «Поддержка коллектива», «Общение с более опытными коллегами», «Переключение, отстранение от проблем», «Общение на отвлеченные темы», «Глубокий вдох и резкий выдох», «Не думать о ситуации».

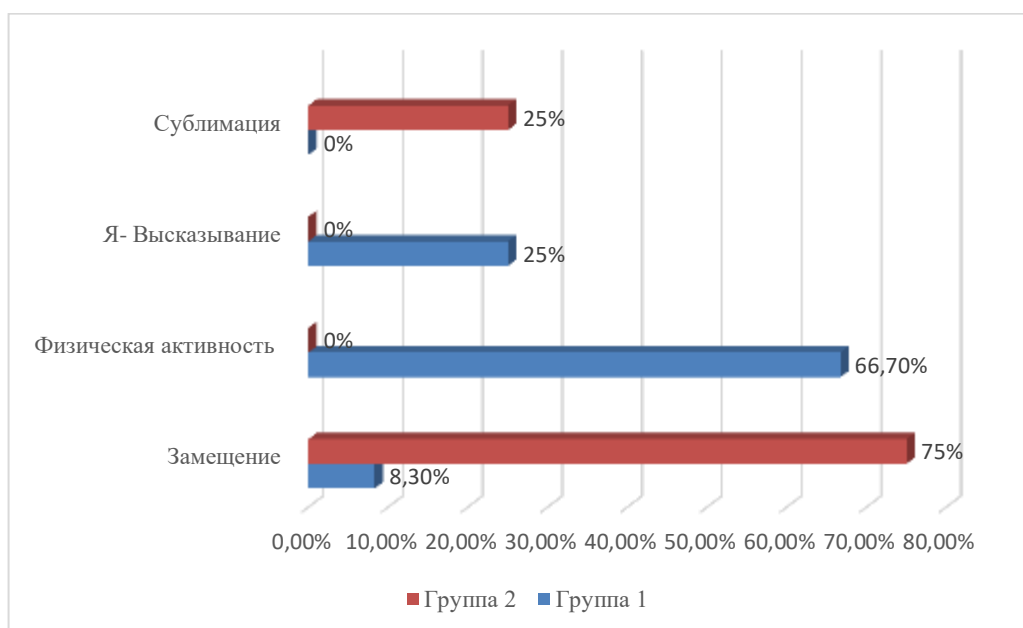


Рис. 4 Способы борьбы с профессиональным стрессом вне рабочее время

Из результатов анкетирования можно отметить, что медицинские сестры из группы 1 основным способом борьбы с профессиональным стрессом отмечают физическую активность - 66,7%, а также способ «я - высказывание» - 25%, неактуальным оказался метод замещения – 8,3%. Напротив, в группе 1 медицинские сестры отдали предпочтение методу замещения – 75%, также отметили метод сублимации – 25%. Стоит отметить, что среди всех респондентов, никто не отметил такие предложенные способы как, ситуативное отреагирование, ведение дневника и визуализация.

На втором этапе были проанализированы результаты методики «Оценка профессионального стресса» опросник Вайсмана.

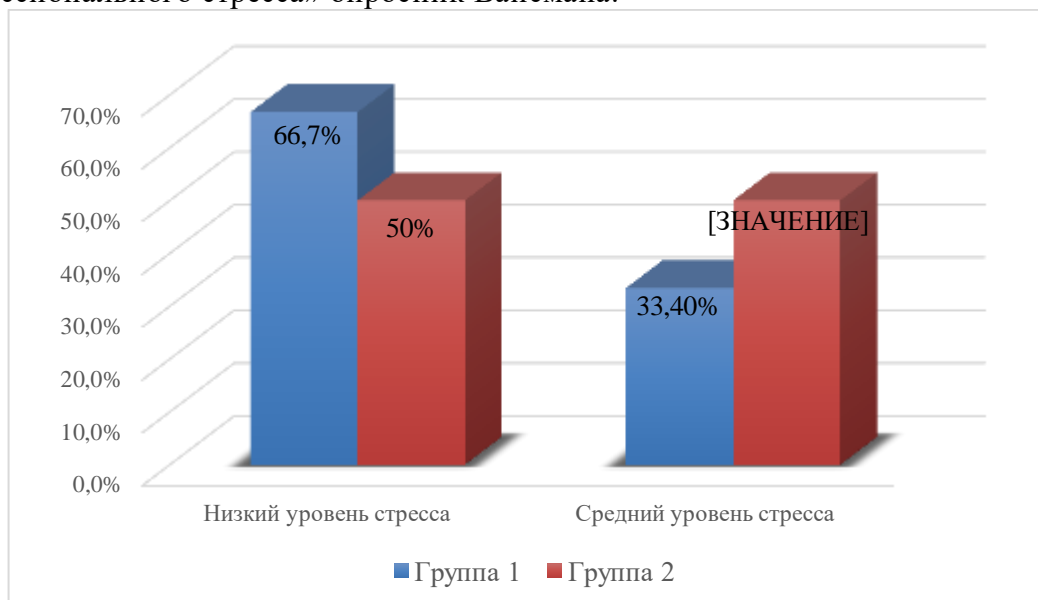


Рис. 5 Уровень профессионального стресса

По результатам тестирования 66.6% медсестер из группы 1 испытывают низкий уровень профессионального стресса, и 33,4% испытывают средний уровень профессионального стресса.

Из результатов тестирования можно отметить, что 50% медсестер из группы 2 испытывают низкий уровень профессионального стресса, и 50% испытывают средний уровень профессионального стресса.

Также на втором этапе были проанализированы результаты тестирования «Оценка коммуникативных склонностей» (по методике Б.А.Федоришина кос).

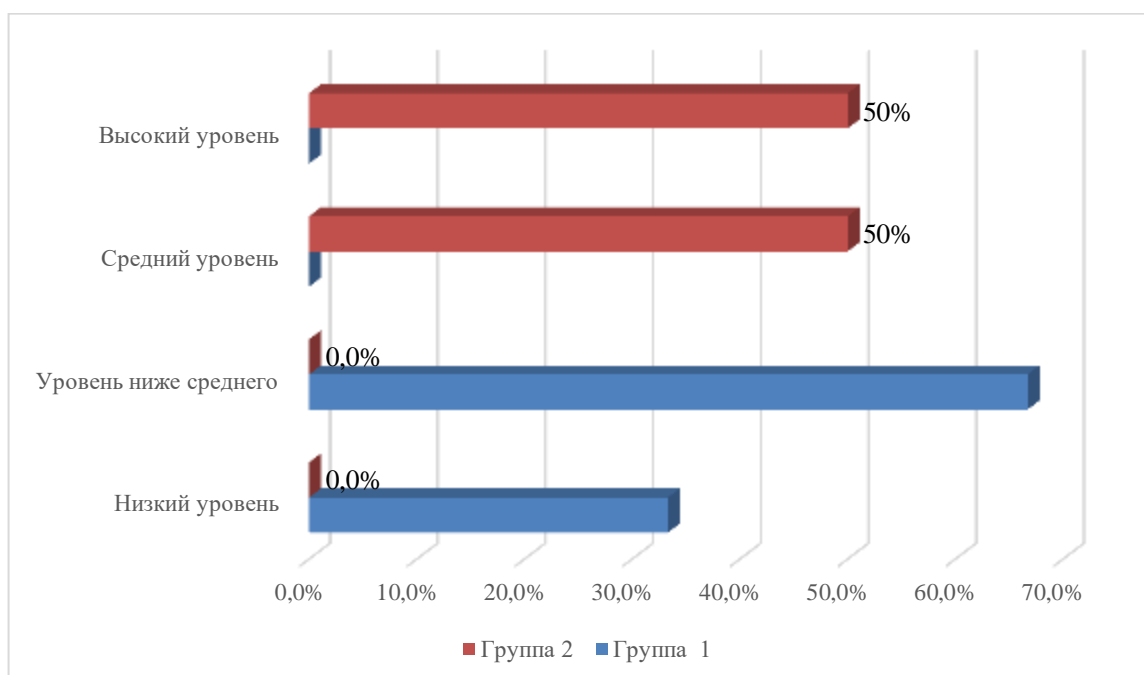


Рис. 6 Оценка коммуникативных склонностей

По результатам тестирования 66,6% медицинских сестер из группы 1 уровень коммуникативных склонностей ниже среднего, и 33,4% медицинских сестер с низким уровнем коммуникативных склонностей.

Результаты тестирования медицинских сестер группы 2 показали, что 50% имеют высокий уровень коммуникативных склонностей и 50% имеют средний уровень коммуникативных склонностей. По результатам тестирований можно заметить, что объективно уровень профессионального стресса у группы 1 и группы 2 не превышает средней отметки. Оценка коммуникативных склонностей у респондентов группы 1 показала, что большинство имеют уровень ниже среднего, тогда как у группы 2 имеют средний и высокий уровень.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что для борьбы с повышенной тревожностью и стрессом не существует универсальных способов, эффективно действующих по отношению ко всем людям. Каждый человек может подобрать свой способ самостоятельно.

Список использованных источников

1. Латыпова, М. А. Эффективность коммуникаций на рабочем месте / М. А. Латыпова, А. Д. Харламов. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 18 (360). — С. 199-202.
2. Ю. М. Коблякова Ю. М. О специфике системы профессиональных коммуникаций в сфере услуг медицинских учреждений: статья – 2021.
3. А.Э. Гатина Введение в теорию коммуникации: учебное пособие для студентов бакалавриата гуманитарных направлений - Бишкек 2017
4. Е.А. Гальцева Предупреждение профессионального выгорания у медицинских работников с выраженными показателями профессионального стресса : магистерская диссертация – Тольяти 2020
5. Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин Профессиональный стресс медицинских работников: обзор зарубежных практик: Экспертный обзор научное электронное издание – Москва 2023

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА НАСЕКОМЫХ

*Ондар Сайыран Александровна,
Руководитель: Салчак Айлана Сергеевна
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»*

Актуальность работы обусловлена тем, что в настоящее время аллергические заболевания признаны глобальной медико-социальной проблемой. Согласно статистике ежегодно около 35% населения Земли обращаются за медицинской помощью с клиническими проявлениями аллергии. В последние десятилетия отмечен наибольший рост заболеваемости инсектная аллергия. Инсектная фауна Земли насчитывает более 1,5 миллиона видов насекомых. Они существуют на планете более 300 миллионов. Доказано, что насекомые являются источниками аллергенов, способствующих формированию сенсибилизации у человека. Инсектная аллергия является классическим проявлением IgE-антител к перепончатокрылым жалящим насекомым на поверхности тучных клеток и базофилов сенсибилизированных субъектов, приводящие к развитию анафилактических состояний, нередко заканчивающихся смертельным исходом. Несмотря на то, что инсектная аллергия является наиболее частой причиной анафилактических реакций, истинная распространённость этих фатальных исходов базируется на оценке аллерген - специфических IgE-антител к жалящими насекомыми в посмертных образцах сывороток людей, умерших от анафилактических реакций шока в период с мая по ноябрь. В зависимости от климатических условий региона проживания 56,6-94,5% лиц взрослого населения хотя бы однократно подвергались ужалению жалящими насекомыми (пчелой, осой, шершнем и др). Распространённость инсектной аллергии к перепончатокрылым в России составляет 0,4-8%.

Учитывая высокую эпидемиологическую опасность инсектной аллергии и важность их раннего выявления и профилактики, поставлена цель: выяснить, владеет ли наше население какой-либо информацией об аллергии и насколько оно готово к активной профилактике инсектной аллергии.

Приступая к работе, сформулированы основные задачи:

- Изучить инсектную аллергию.
- Понять пути попадания аллергена в организм.
- Изучить биологическое действие яда перепончатокрылых.
- Изучить аллергических реакций степеней.
- Изучить лечение и профилактику

Инсектная аллергия - это аллергические реакции, возникающие при контактах с насекомыми: соприкосновения с ними, вдыхании частиц тела насекомых или продуктов их жизнедеятельности, укусах, ужалениях насекомыми. Свое название «инсектная» этот вид аллергии получил от названия класса Insecta. По способу сенсибилизации различают следующие пути попадания аллергена в организм:

- 1) С ядом при ужалениях, что характерно для отряда Hymenoptera - перепончатокрылых;
- 2) Со слюной при укусах насекомыми отряда Diptera - двухкрылых;
- 3) Ингаляционным и контактным способом с чешуйками тела или пыли от тел насекомых - представителей отряда Lepidoptera - чешуекрылых, Trichoptera - ручейников и отчасти представителей других отрядов; например, известна ингаляционная форма аллергии к перепончатокрылым - бронхиальная астма пчеловодов.

При инсектной аллергии необходимо дифференцировать токсическое и аллергические реакции. В процессе эволюции насекомые выработали средства защиты и нападения, поражающие важнейшие органы и системы млекопитающих. Например, яд пчелы оказывает геморагическое, гемолитическое, нейротоксическое и гистаминоподобное действие. Правильно и своевременно поставленный диагноз позволит применить адекватную терапию в случае токсической или аллергической реакции.

Изучение инсектной аллергии выявило большое количество перекрёстных (общих) антигенов. Наиболее часто встречаются перекрёстные антигены внутри семейств, реже -

внутри отряда, они отсутствуют у разных отрядов. Это означает, что при сенсбилизации к аллергенам насекомого из одного рода возможна аллергическая реакция на аллергены насекомых другого рода внутри данного отряда.

Наиболее часто аллергические реакции развиваются на укусы перепончатокрылыми насекомыми. Аллергические реакции на укусы давно обратили на себя внимание тяжестью клинических проявлений, бурным течением и возможностью летального исхода.

Природа тяжёлых реакций на укус одним насекомым (пчелой, осой, шмелём, шершнем) долго дискутировалась. В начале нашего столетия существовало несколько гипотез:

- 1) Данная реакция токсическая, развивается при внутривенном попадании яда в кровь;
- 2) Реакция аллергического генеза у больных поллинозом развивается при парентеральном попадании пыльцы с жала;
- 3) Реакция аллергическая на яд насекомого.

Аллергические реакции на укус перепончатокрылыми насекомыми.

Этиология и патогенез. Жалящий аппарат перепончатокрылых развился из яйцеклада, в спокойном состоянии он втянут в брюшко. В отличие от остальных представителей жалящих перепончатокрылых жало пчелы имеет 8-10 зазубрин, в результате чего пчела оставляет жало в теле жертвы. Вместе с жалом остаются ядовитый мешок, ядовитые железы и последний узел брюшной нервной цепочки. Благодаря сокращению мускулов ядовитого мешка происходит дальнейшее выдавливание яда глубже в ткани жертвы уже после того, как, ужалив, пчела улетела (вскоре она погибает). Количество вводимого при укусе яда составляет от 0,05 до 0,4 мг. Состав яда перепончатокрылых разнообразен.

Биологическое действие яда перепончатокрылых на организм можно выразить как суммарный эффект четырёх видов токсического действия яда: геморрагического, гемолитического, нейротоксического, гистаминоподобного.

Нормальная переносимость яда перепончатокрылых для человека обычно считается следующей: укушенная несколькими десятками особей могут вызвать местные реакции и общую токсическую реакцию - познабливание, тошноту, рвоту, головную боль. При укусе 100-200 особей развивается общая токсическая реакция средней тяжести, 300-400 укусов одновременно вызывают тяжёлую токсическую реакцию. Свыше 500 укусов обычно бывают смертельны. При описании клинической картины острой токсической реакции на укусы большим количеством насекомых одновременно автору наряду с симптомами общей интоксикации (головная боль, озноб, тошнота) отмечают изменения крови (гемолиз эритроцитов, гемоглобинурия) и поражение нервной системы (бред, арефлексия, гиперсаливация, судороги, параличи).

Токсическое действие всех ядов перепончатокрылых насекомых в основном одинаково, хотя небольшие различия у них все же отмечаются. Так, яд шершня вызывает более выраженную местную реакцию и более выраженный гемолиз, тогда как нейротоксическое действие его выражено слабее. Укусы насекомых из семейства осиных опасны занесением в ранку инфекции, которая может развиваться спустя часы и дни.

Наряду с токсическими реакциями на укусы большим количеством

насекомых с давних пор обращала на себя внимание бурная реакция на укусы 1-2 насекомыми, которая развивалась независимо от локализации укуса и в ряде случаев заканчивалась смертельным исходом. Отмечено, что у 2% пчеловодов, обычно устойчивых к укусам, течением времени развивается повышенная чувствительность к пчелиному яду, клинические проявления которой также отличаются от токсических; это качественно новые симптомы - крапивница, приступ удушья (бронхоспазм), ринорея, конъюнктивит. В основе этих проявлений лежит уже иной - иммунологический - механизм, обусловленный высокой аллергенной активностью белковой функции.

Изучение ядов перепончатокрылых показало, что каждый яд - сложная смесь антигенов. При этом отмечено, что чем выше молекулярная масса фракции, тем более выражена ее антигенность. Наибольшей антигенной активностью обладают фосфолипаза А («большой аллерген пчелиного яда») и гиалуронидаза. Кроме этих двух больших

аллергенных компонентов яда, выделяются также кислая фосфатаза (аллерген В), меллитин и аллерген С. Наименьшей аллергенной активностью среди них обладает меллитин - главный компонент яда по его токсическому действию и носитель многих фармакологических свойств пчелиного яда. При изучении антигенного состава яда осы выявлено 8 аллергенов, наибольшей активностью обладают фосфолипазы А и В, гиалуронидаза, антиген 5.

В отряд перепончатокрылых входит семейство муравьиных. При укусе рыжего муравья в организм человека попадает примерно 0,04 мкг яда. Он содержит гиалуронидазу и фосфолипазу, которые являются одним из его главных аллергенов и обуславливают перекрестные антигенные связи с семействами других перепончатокрылых.

Аллергические реакции на ужаление чрезвычайно многообразны. По времени возникновения и механизму развития реакции можно разделить на ранние и поздние.

Поздние реакции наблюдаются в 2-5% случаев всех укусов. Они

Развиваются спустя 6-12 ч после укуса и характеризуется генерализованным васкулитом с вовлечением в патологический процесс сосудов кожи, внутренних органов (почек, печени), поражением нервной системы (демиелизирующий процесс). По времени возникновения и клиническим проявлениям их можно отнести к 3 отчасти к 4 типам аллергических реакций. Клинические проявления этих реакций обусловлены локализацией патологического процесса в шоковом органе.

Ранние реакции составляют 95-98% случаев. Они начинаются немедленно или на протяжении первого часа от момента укуса; для них свойственно одновременное вовлечение в процесс разных систем организма. По существу это различные по тяжести проявления анафилактического шока. В основе их развития лежит реактивный механизм. Ранние реакции делятся на 3 степени.

Реакция 1 степени - лёгкая общая аллергическая реакция. Она включает проявления со стороны кожных покровов и слизистых оболочек.

Реакция 2 степени - общая аллергическая реакция средней тяжести. Для неё характерны в первую очередь явления, вызванные спазмом гладкой мускулатуры внутренних органов (бронхоспазм, желудочно-кишечного тракта, матки у женщин), а также серьёзные отеки слизистых оболочек внутренних органов.

Реакция 3 степени - тяжёлая общая аллергическая реакция - анафилактический шок.

1.1. Аллергические реакции на укусы кровососущих насекомых.

Распространённое понятие «гнус» условно объединяет 5 семейств кровососущих насекомых, куда входят настоящие комары, мокрецы, мошки, москиты, слепни.

Слюна кровососущих насекомых содержит токсические, анестезирующие и противосвертывающие вещества. Первые исследования случаев аллергии к кровососущим насекомым были проведены R. Venson в 1936г. Он изготовил аллергены из различных частей тела комаров (самцов, самок, личинок) и продемонстрировал методом кожных проб на sensibilizированных к укусам больных аллергенную активность этих экстрактов. В дальнейшем методом хроматографии были выделены 4 антигенные фракции из тела комаров, способные вызывать кожные реакции у sensibilizированных больных. Выявлено, что аллергенной активностью обладают уже ткани куколки; в теле взрослого комара эта активность наиболее выражена в слюнных железах, но также присутствует в тканях головы и груди.

Дальнейшими работами было установлено, что источником аллергенов является слюна комаров. В ней выделяется высокомолекулярный белок, содержащий 34% глицина, 11% пролина. Для специфического обследования и лечения используется экстракт целого тела насекомого.

В сыворотках крови больных аллергией к комарам обнаружены специфические IgG - антитела. Кроме того, у лиц, подвергавшихся массовому нападению гнуса, выявлены специфические IgG - антитела. В слюне постельных клопов посредством иммуноэлектрофореза с общими реакциями на укус клопа - специфические IgG - антитела.

В отличие от аллергии на ужаление в клинической картине аллергических реакций на укусы преобладают местные проявления, причем их характер более приближается к иммунокомплексному или замедленному типу. Местная реакция реактивного типа

встречается реже, она возникает непосредственно за укусом в виде нарастающего плотного отека, который захватывает обширный участок (от сустава до сустава), сопровождается сильным зудом, держится в течении 7-10 дней и исчезает бесследно. Чаще реакции на укусы кровососущих насекомых развиваются по-иному: возникает через 6-12 часов, нарастают в течение 48 часов, характер течения рецидивирующих, иногда везикулярная или буллезная.

Общие реакции, как правило, не тяжелые, выражаются генерализированной уртикарной сыпью (иногда сливной), отеками типа Квинке, бронхоспазм.

При больших местных реакциях могут отмечаться и явления общего характера в виде головной боли, поташнивания, потливости, сухости во рту, бессоницы. Лечение складывается из симптоматической терапии острой реакции и профилактической предсезонной аллергии

2. Исследовательская часть

2.1. Сбор информации о студентах

После изучения инсектной аллергии и данных Интернет - ресурсов об инсектной аллергии мной было разработана анкета для опроса студентов, включающая 4 вопроса (Приложение №1). Опрашивая студентов, я хотела узнать:

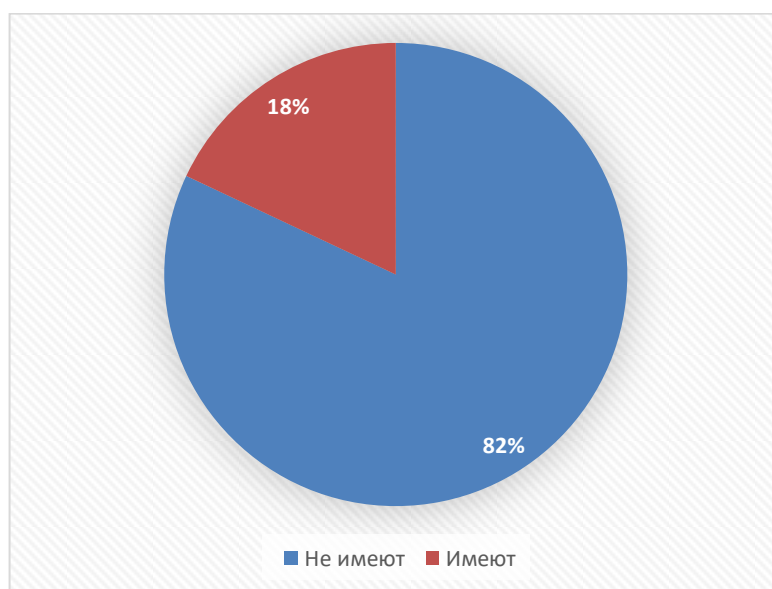
1. Имеется ли у студентов и преподавателей аллергия на насекомых?
2. От каких насекомых страдают аллергией?
3. Ориентируются ли они в её симптомах?
4. Отмечались ли подобные симптомы у них самих?
5. Знают ли опрашиваемые о факторах риска развития и профилактике аллергии?

Сбор данных я провела в виде анкетирования студентов, проходивших в период с декабря 2023 по апрель 2024 года. В исследуемую группу вошло 32 человек в возрасте от 16 лет до 20 лет, 25 из них - девушек и 7 юношей.

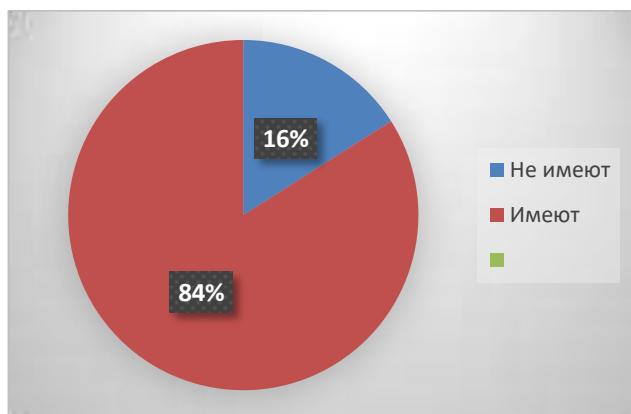
2.2. Анализ результатов анкетирования

Обращают на себя внимание следующие данные

1. Из анкетирования 32 студентов моей группы выяснилось, что 82% не имеют аллергических заболеваний, 18% имеют аллергию.



2. Из 10 преподавателей моего колледжа, выяснилось: что 94% имеют аллергию, из них 58% от укуса насекомых. Это означает, что аллергия о укуса и ужаления является высоким, аллергия увеличивается с возрастом.



Таким образом, что большинство опрошенных студентов и преподавателей знакомы с понятием инсектной аллергии. Более половины участников опроса отмечали у себя иные проявления аллергии, что сопоставимо с имеющимися статистическими данными о распространённости патологии. Подавляющее большинство студентов признают необходимость профилактики инсектной аллергии и верят в её необходимость.

Заключение

Полученные в результате исследования сведения позволяют сделать следующие **выводы:**

- Современная литература и статистические данные свидетельствуют о высокой распространённости инсектной аллергии и наличии тенденции к её увеличению.
- Инсектная аллергия является экологически зависимым заболеванием
- Анализ данных, полученные в результате анкетирования студентов, свидетельствует о высокой распространённости инсектной аллергии.

Список использованных источников

1. В. И. Пыцкий., Н. В. Андрианова., А. В. Артомасова. Аллергические заболевание.
2. Крылов Ю. Ф. Аллергия. - М.: Знание, 1984.

МАРШРУТ ЗДОРОВЬЯ

Ондар Тайгана Аганаковна

*Руководитель: Иргит Шолбана Чичин-ооловна
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»*

Министерством здравоохранения Тувы продолжается реализация губернаторского проекта «Маршрут здоровья», в рамках которого организуются выездные обследования сельских жителей в целях снижения напряжения связанных с дефицитом узких специалистов в районах республики. [1]

В целях реализации губернаторского проекта «Маршрут здоровья», направленного на обеспечение оказания своевременной квалифицированной специализированной медицинской помощи населению Республики Тыва, профилактики и снижения смертности Правительство Республики Тыва выдало Постановление №128 от 9 апреля 2014 года. Положение служит правовой и организационно-методической основой формирования и организации деятельности выездных мобильных медицинских бригад «Маршрут здоровья» по комплексному медицинскому обслуживанию населения Республики Тыва.[3]

В состав бригады для оказания медицинской помощи взрослым входит обычно восемь врачей и три средних медицинских работника, включая рентген-лаборанта. Бригада базируется в Центре общественного здоровья и медицинской профилактики. Детская

бригада врачей формируются из 10-ти врачей и базируется в Центре восстановительной медицины и реабилитации детей. Выезды организуются на базе оборудованных КАМАЗ-ов высокой проходимости.

1. История создания проекта «Маршрут здоровья»

Инициатором создания проекта был экс глава Тувы Шолбан Валерьевич Кара-оол, в 2014 году экс главой была поставлена задача обеспечить 100 % охват населения при диспансеризации и уделить особое внимание детям и пожилым людям в сельской местности. Створ известно, что по результатам диспансеризации населения в 2013 году и предварительных итогах реализации программы модернизации здравоохранения удалось охватить 84 процента населения. Углубленным обследованием обеспечен 41 %. Охват детей-сирот составил 94 процента, детей в приемных семьях – 55%, по данным цифрам диспансеризацию прошли не все население.[5]

В рамках реализации программы модернизации здравоохранения в лечебные учреждения Тувы поступило достаточно много современного медицинского оборудования. Необходимо было обеспечить его эффективное использование. Один из вариантов – создать передвижную медицинскую бригаду на базе двух мобильных диагностических комплексов в виде КАМАЗов, которые поступили в Туву в рамках программы.

Проект Минздрав представил на рассмотрение для реализации в 2014 году. Первый прогон проектов состоялся в 13 января 2014 г. в рамках аппаратного совещания.

Основными предпосылками для реализации проекта бывший министр здравоохранения назвал растущий уровень показателя смертности населения в трудоспособном возрасте, в том числе от туберкулеза на 6,4%, онкологических заболеваний на 6,6%. Проект позволит на ранней стадии выявлять болезни системы кровообращения, сердечно-сосудистые патологии, туберкулез, злокачественные новообразования. Финансовое обеспечение проекта проработано. Это средства Территориального фонда ОМС (оплата предоставленных населению медицинских услуг, расходы на приобретение ГСМ);

- средства Министерства здравоохранения РТ и подведомственных учреждений (приобретение микроавтобусов для перевозки медицинских бригад, содержание и обслуживание санитарного автотранспорта);

- средства муниципальных образований (информирование населения, организация перевозки жителей кожууна с чабанских стоянок и труднодоступных населенных пунктов к месту работы мобильной бригады, проведение культурно-массовых мероприятий с целью привлечения населения к медицинским обследованиям).[2]

До первого марта 2014 года предстояло разработать нормативно-правовые документы Министерства здравоохранения Тувы по созданию мобильных медицинских бригад, заключить Соглашения с территориальным фондом ОМС о совместной реализации Проекта в части регулирования финансовых средств, предусмотренных на проведение диспансеризации детского и взрослого населения Республики Тыва;

Предполагалось, что медицинская бригада с необходимым медицинским оборудованием на специализированном автотранспорте (автобусы, передвижной флюорографический аппарат, 2 мобильных диагностических комплекса) будут выезжать в муниципальные образования по согласованному плану работы с местными органами власти. К приезду бригады руководство районов и поселений проводят на местах агитационную кампанию по привлечению населения к прохождению медицинских обследований. В дни проведения медицинских осмотров и обследований организуют культурные и спортивные мероприятия.

2. Состав мобильной бригады

Состав и программа работы мобильных бригад формируются главными врачами Центра и Центра восстановительной медицины и реабилитации, согласовываются с медицинскими организациями, врачи-специалисты которых включены в состав мобильной бригады, утверждаются Министерством здравоохранения Республики Тыва и размещаются на официальном портале Правительства Республики Тыва и официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Тыва в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Составы мобильных бригад для медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения формируются из врачей-специалистов медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Тыва: врач-невролог, врач ультразвуковой диагностики (для проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы и тазобедренных суставов), врач-кардиолог, врач-эндоскопист, врач-офтальмолог, врач-оториноларинголог, рентген-лаборант, врач-терапевт, врач-хирург, врач-акушер-гинеколог, врач-онколог, врач-фтизиатр.

В случае необходимости к работе мобильных бригад по согласованию могут привлекаться специалисты других сфер деятельности, организаций разных организационно-правовых форм.

Мобильные бригады обеспечиваются диагностическим медицинским оборудованием, расходными материалами и транспортными средствами, необходимыми для осуществления комплексного медицинского обслуживания взрослого и детского населения, буклетами, листовками, брошюрами о здоровом образе жизни и профилактике заболеваний.

Мобильные бригады обеспечиваются форменной одеждой с символикой губернаторского проекта «Маршрут здоровья».

Работа мобильных бригад осуществляется в плановом режиме в соответствии с планами-графиками работы мобильных бригад, ежегодно утверждаемыми Министерством здравоохранения Республики Тыва, во внеплановом режиме - по заявкам главных врачей межкожужуных медицинских центров и центральных кожужуных больниц и в соответствии с поручениями министра здравоохранения Республики Тыва и его заместителей.

3. Статистика выездных работ за 2021-2024 гг.

В Туве «Маршрут здоровья» в 2024 по состоянию на 03 апреля обследовал детей из 33 сёл, обследовала более 3400 детей.

Бригада «Маршрута здоровья» состоит из 12 врачей различных специальностей. За первые три месяца 2024 года они побывали с обследованиями в 33 селах и одном городе 6 районов республики. Медики посетили Улуг-Хемский, Овюрский, Тандынский, Эрзинский, Пий-Хемский и отдаленный Монгун-Тайгинский районы.[4]

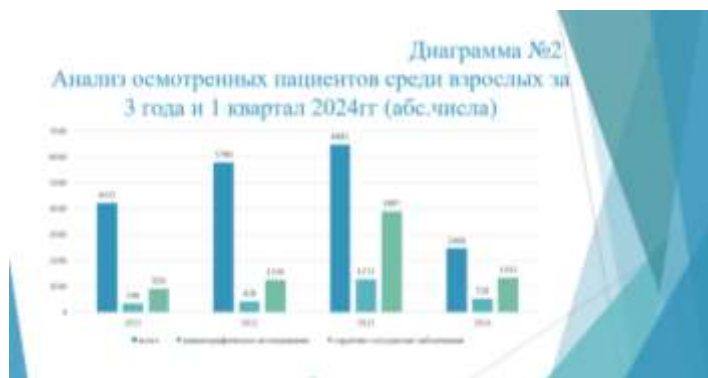
Во время выездов было осмотрено 3437 детей. В их число входят 404 сироты и 268 детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В результате выявлено 1976 патологий, из которых 255 были впервые выявленные болезни. Также во время выездов осмотрен 21 ребенок-инвалид.

Лечение на месте назначили в 1337 случаях. 68 детей направили на стационарное лечение, включая 10 детей, которым предстоит прохождение медицинской реабилитации в Республиканском центре восстановительной медицины и реабилитации для детей. Необходимость в дообследовании возникла у 463 детей.



В 2021 году взрослой бригадой всего было проконсультировано 4 225 человек, из них 879 или 20,8% от общего количества осмотренных были отнесены к I группе здоровья, 53,5% - ко II группе здоровья и 25,6% к III группе здоровья.

По итогам реализации «Маршрута здоровья» 135 взрослых пациентов были направлены на стационарное лечение в центральные кожужуные больницы и лечебно-профилактические учреждения города Кызыла, что на 56 человек больше, чем в 2020 году. На амбулаторное лечение было направлено всего 373 человек. На диспансерный учёт было рекомендовано взять 289 пациентов.



За 2022 год в рамках проекта в районы республики осуществлялся выезд взрослой и детской передвижных медицинских бригад на специализированном автотранспорте высокой проходимости, оснащенный необходимым комплексом медоборудования.

Из числа обследованных 870 человек отнесены к первой группе здоровья, то есть к людям, не имеющим хронических заболеваний. 205 человек попали во вторую группу – тех, у кого нет хронических заболеваний, но имеется риск их возникновения. 1151 человек отнесён к третьей группе – людей, нуждающихся в диспансерном наблюдении.[3]



За 2023 год осуществили 21 выезд в 9 кожуунов республики.

Взрослой бригадой всего было проконсультировано 6 485 человек, выполнено 4 208 диагностических исследований. Результаты проведенной работы показали преобладающее число заболеваний системы кровообращения в 3 897 случаях. Второе место в структуре заболеваний занимают патологии эндокринной и нервной систем, третье место – патологии желудочно-кишечного тракта и лор-органов у 585 человек. Также врачебно-медицинской мобильной бригадой в рамках выезда проводятся лабораторно-инструментальные исследования. Так, маммографическим исследованием было охвачено 1273 женщины и в 371 случае были выявлены патологические изменения, пациенты были направлены на дообследование. За шесть месяцев 2023 года было проведено 1589 ультразвуковых исследований, выявлены патологии у 591 человека, из них патологии органов брюшной полости у 192 пациентов, почек – 219, щитовидной железы-98 и мочевого пузыря -1.

Эзофагогастродуоденоскопия была проведена 1152 пациентам,

что в 3,3 раза больше, чем в прошлом году. У всех пациентов выявлены различные патологии: хронические поверхностные гастриты различной этиологии, хронические эзофагиты, острые эрозии желудка, язва желудка, грыжа пищеводного отверстия и диафрагмы.

На передвижном мобильном флюорографическом комплексе проведено 1194 исследования. Из них у 18 человек выявлены различные патологии, результаты обследования переданы в флюорографические кабинеты медицинских организаций и направлены в терапевтические участки по месту жительства.

По итогам реализации «Маршрута здоровья» 82 взрослых пациента были направлены на стационарное лечение в центральные кожуунные больницы и лечебно-профилактические учреждения города Кызыла. На амбулаторное лечение было направлено всего 379 человек.[4]



После проведенных выездных обследований бригадами формируются карты пациента с рекомендациями по организации дальнейшего оказания медицинской помощи и передаются в медицинские организации кожуунов.[6]

Заключение

Таким образом, Губернаторский проект «Маршрут здоровья» успешно реализуется с 2014 года по настоящее время, 19 января 2024 года Глава Тувы Владислав Ховалыг в ежегодном Послании к Верховному Хуралу Республики Тыва объявил 2024-й год в Туве Годом здоровья, в связи с этим в 2024 году планируется провести больше работ по диспансеризации населения.

Напомним, проект был введен в целях обеспечения доступности медицинской помощи, организации охвата диспансерным обследованием сельских жителей, раннего выявления различных заболеваний в целях недопущения запущенности заболеваний. Основная задача проекта – сделать доступной для сельских жителей помощь высококвалифицированных врачей и узких специалистов, ранняя диагностика тяжелых заболеваний, а также пропаганда здорового образа жизни в кожуунах Республики.

Список использованной литературы

1. Официальный портал Республики Тыва «Тува перевыполнила план диспансеризации в 2023 году на 2,6%» 10.10.2022 [https://rtyva.ru/press_center/news/health/56049/] (Дата обращения 13.04.2024 г.)
2. Официальный сайт журнала «Тывамедиагрупп» «Маршрут здоровья» выполнил более 14 тыс. осмотров в 2023 году» 20.02.2024 г. [<https://tmgnews.ru/novosti/marshrut-zdorovya-vypolnil-bolee-14-tys-osmotrov-v-2023-godu/>] (Дата обращения 13.04.2024 г.)
3. Электронная газета «Тува онлайн» В Туве подвели промежуточные итоги губернаторского проекта «Маршрут здоровья» 10 октября 2022 г. [<https://www.tuvaonline.ru/2022/10/10/v-tuve-podveli-promezhutochnye-itogi-gubernatorskogo-proekta-marshrut-zdorovya.html>] (Дата обращения 12.04.2024 г.)
4. Официальный сайт Минздрава Республики Тыва [<https://minzdravtuva.ru/>]
5. Управление Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю, Республике Хакасия и Республике Тыва [<https://24.rosstat.gov.ru/>]
6. ПРАВИТЕЛЬСТВО РЕСПУБЛИКИ ТЫВА ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 9 апреля 2014 года N 128 Об утверждении Положения об организации работы выездных мобильных медицинских бригад «Маршрут здоровья» по комплексному медицинскому обслуживанию населения Республики Тыва (с изменениями на 20 февраля 2020 года) (в ред. постановлений Правительства Республики Тыва от 06.04.2017 N 141, от 11.04.2018 N 162, от 10.07.2019 N 366, от 20.02.2020 N 53)

ЗДОРОВЬЕ И ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ

*Ооржак Амила Олчаевна
Руководитель: Бичекей Силема Арагачиевна
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»*

Введение

По заявлению Роспотребнадзора в настоящее время, в России курят 30% женщин и 65% мужчин. И это является самой распространённой вредной привычкой. Многие из курильщиков понимают, что курить, не только вредно, но и не модно и в качестве замены табачных сигарет некоторые из них используют электронные сигареты. Что это за сигареты и не вредны ли они?

Электронная сигарета (англ. electronic nicotine delivery systems, ЭСДН) — ингалятор специального назначения для личного пользования с аэрозольным генератором сверхмалой мощности, по форме и размерам близок к традиционным сигаретам. Чаще всего используются с никотинсодержащими жидкостями. Ингалятор создает высокодисперсный аэрозоль («пар») за счет интенсивного вскипания малого количества жидкости, получаемый аэрозоль при ингаляции на вдохе и выдохе внешне похож на табачный дым. Разработаны как имитатор курения традиционных сигарет.

Всемирная организация здравоохранения относит электронные сигареты к электронным системам доставки никотина и отмечает, что производители бездоказательно позиционируют их в качестве средства никотинзаместительной терапии, а их применение недостаточно исследовано в отношении безопасности и эффективности как средства лечения никотиновой зависимости.

Итак, курение — серьезная медицинская и социальная проблема, которая наносит существенный вред здоровью человека.

Объект исследования: студенты ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж» в количестве 100 человек.

Предмет исследования: влияние электронной сигареты на здоровье человека

Цель работы: выявление уровня информированности студентов ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж» о последствиях употребления электронных сигарет.

Задачи работы:

1. Изучить историю появления электронных сигарет;
2. Узнать состав жидкости для электронных сигарет по информационным источникам;
3. Выяснить вред для здоровья человека, наносимый при употреблении электронных сигарет, по литературным источникам;
4. Провести анкетирование и разработать памятку для студентов «Осторожно: электронная сигарета!».

Методы исследования:

1. Теоретический – изучение литературы по проблеме исследования;
2. Аналитический;
3. Социологический (опрос).

Гипотеза: Студенты знают, что такое электронные сигареты и не курят их.

Здоровье и электронные сигареты

В 2003 году китаец Хон Лик создал первую электронную сигарету, работающую на никотине и пропиленгликоле. Она была запатентована в качестве новой системы доставки никотина и по своему составу была довольно схожа с современными вейпами, ведь работала на никотине, пропиленгликоле и ароматизаторах. На испаритель попадала смесь из этих веществ, затем она нагревалась и подавалась в виде пара.

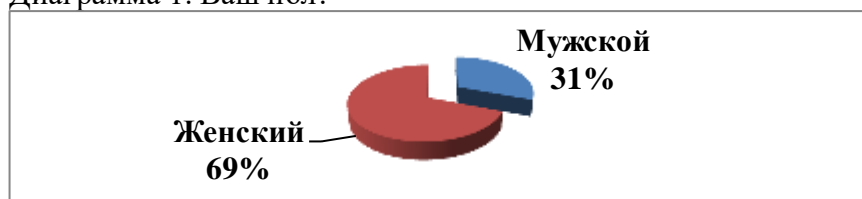
В состав курительной жидкости для электронных сигарет входят такие компоненты как: пропиленгликоль, глицерин; никотин, ароматизаторы и вода. Изучив свойства данных веществ можно предположить, что все компоненты жидкости для курения электронных сигарет, кроме воды, могут отрицательно повлиять на здоровье человека.

Электронные сигареты могут стать хорошей альтернативой сигаретам с табаком. Но следует помнить: чрезмерное употребление е-сигарет без последующего снижения концентрации никотина вредит здоровью.

Проблема данного исследования - это электронные сигареты очень доступны и молодежь считает, что они помогают бросить курить. Поэтому мы решили провести анкетирование и узнать, что думают студенты о таком новом модном увлечении, как вейпинг.

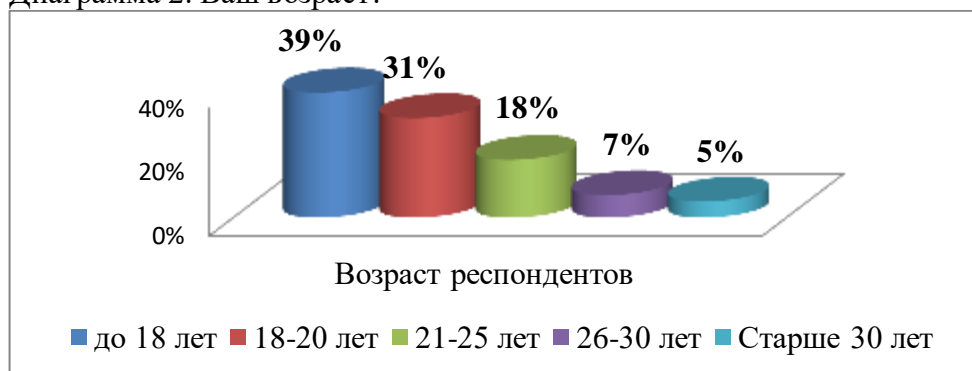
Для достижения целей и задач работы разработана анкета для изучения данной проблемы. Мы включили вопросы, ответы на которые, по нашему мнению, могут дать точную картину. Было проведено анкетирование среди студентов ГБПОУ РТ Республиканского медицинского колледжа, чтобы выяснить насколько студенты владеют информацией по данному вопросу. Всего участвовали в анкетировании 100 чел.

Диаграмма 1. Ваш пол?



В опросе приняли участие 69% девушек и 31% юношей.

Диаграмма 2. Ваш возраст?



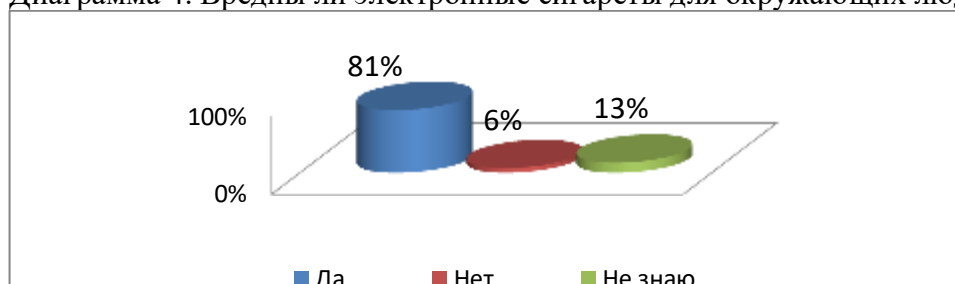
Большинство 39% участвовали студенты до 18 лет, а так же в возрасте от 18 до 20 лет 31%.

Диаграмма 3. Что такое вейп?



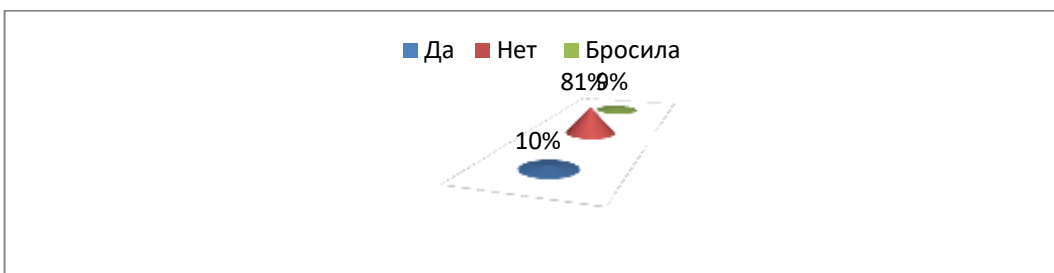
Почти все респонденты 92% знают, что синоним слова «Электронная сигарета» - это вейп.

Диаграмма 4. Вредны ли электронные сигареты для окружающих людей?



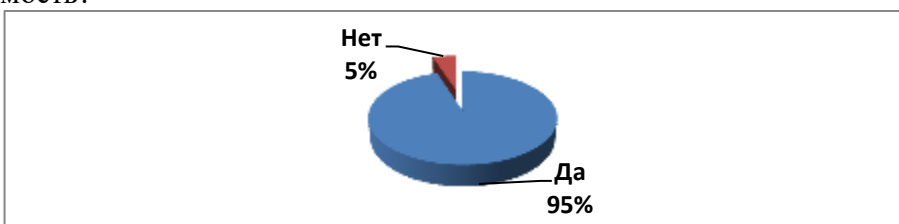
Большая часть респондентов знают, что электронная сигарета вредна для здоровья.

Диаграмма 5. Курите ли Вы электронные сигареты?



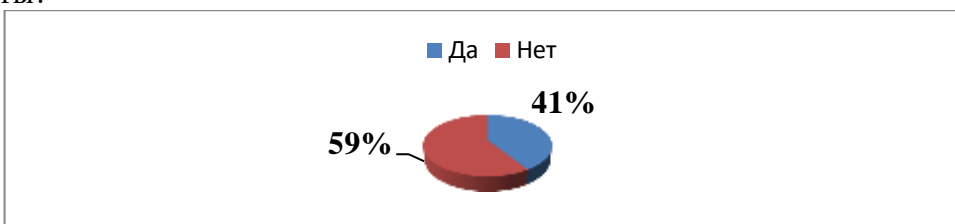
Из диаграммы видно, что наши студенты не курит 81%. Курят 10%, это говорит о зависимости и не знания о вреде вейпинга на здоровье человека.

Диаграмма 6. У людей, которые пользуются электронными сигаретами, развивается зависимость?

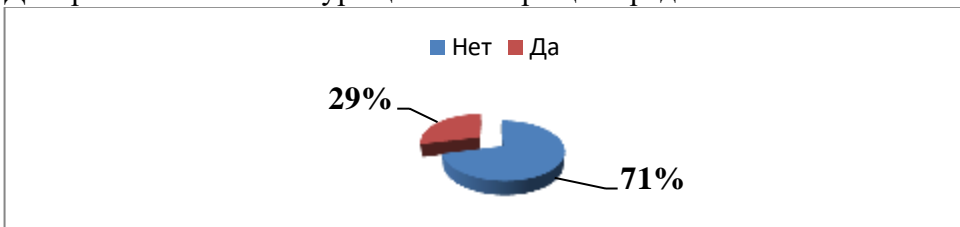


Почти все респонденты ответили «Да» 95%. Действительно, электронные сигареты вызывают зависимость, поэтому курящие люди не могут вовсе отказаться от сигарет.

Диаграмма 7. Предлагали ли Вам друзья или знакомые покурить электронные сигареты?

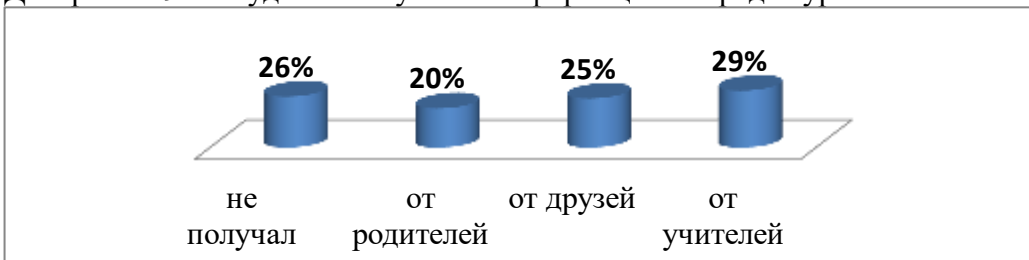


Из этой диаграммы видно, что больше половины не пробовали по совету друзей. Диаграмма 8. Есть ли курящие или парящие среди членов вашей семьи?



С помощью данного опроса мы выявили, что большинство 71% за здоровый образ жизни. Есть курящие 29%.

Диаграмма 9. Откуда вы получаете информацию о вреде курения вейпинга?



Большое количество респондентов получают информацию о вреде курения вейпинга от учителей 29%, от друзей 25% и от родителей 20%. Даже есть студенты не знающие о вреде курения электронных сигарет.

Исходя из результатов опроса наши студенты отлично знают об электронных сигаретах и его вред на организм. Так же из них некоторые курят и их курения приводит в зависимость, поэтому они не могут бросить курить.

Выводы:

1. Большинство респондентов девушки (69%), в возрасте до 18 лет (36%);

2. Большинство студентов знают, что такое электронная сигарета и о зависимости от нее;
 3. При этом 26% утверждают, что никогда не получали информацию об этих сигаретах;
 4. 81% опрошенных не курят электронные сигареты, но 10% курят.
- Гипотеза исследования подтверждена частично.

Заключение

В результате нашего исследования, мы узнали что электронная сигарета – новое модное увлечение молодежи в нашей стране.

Актуальность данной проблемы повлияла на выбор темы. Из темы нашей работы «Здоровье и вред электронных сигарет» вытекает цель: выявление уровня информированности студентов ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж» о последствиях употребления электронных сигарет, и способствовать формированию негативного отношения к их употреблению.

Выполнив данную исследовательскую работу я пришла к выводу, что выше поставленный цель достигнута выполнив задачи.

Собирая и анализируя информации из различных источников, узнала историю возникновения, строение и состав, а также влияние электронных сигарет на здоровье человека.

Проанализировав опросы анкеты выявило уровень информированности студентов.

Список использованных источников

1. <http://www.aif.ru>. Аргументы и факты. Электронная сигарета: как работает и чем опасна.
2. <http://elcigs.ru/> Интернет-магазин электронных сигарет и аксессуаров.
3. <http://tv.mk.ru>. МК. Электронные сигареты — бомба замедленного действия.
4. <http://alt-cigaretet.ru> Альтернативное курение. Электронная сигарета: вред или польза?
<http://alt-cigaretet.ru> Альтернативное курение. Электронная сигарета: вред или польза?
5. <https://meduza.io/news/2017/02/08/v-mosgordume-odobrili-zapret-na-kalyany-i-elektronnyye-sigarety>

ВТОРИЧНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЫТОВЫХ ОТХОДОВ

Паздникова Валерия Сергеевна

Руководитель: Асташина Тамара Анатольевна

ОГБПОУ «Черемховский медицинский колледж им. Турышевой А.А.»

Введение

Экологические исследования, проведенные в последние десятилетия во многих странах мира, показали, что всё возрастающее разрушительное воздействие антропогенных факторов на окружающую среду привело ее на грань кризиса. Среди различных составляющих экологического кризиса наиболее угрожающий характер приняла проблема незаменимых природных ресурсов – воздуха, воды и почвы – отходами промышленности и транспорта. Продолжающиеся загрязнения природной среды твердыми, жидкими отходами производства и потребления, вызывающими деградацию окружающей среды, в последнее время остаются острой экологической проблемой, имеющей приоритетное социальное и экономическое значение.

Актуальность проекта заключается в следующем:

Бытовые отходы в виде упаковочного материала, пластиковых бутылок загрязняют окружающую среду. Небольшой город каждый месяц выбрасывает около 20 тонн различного мусора. Большая его часть не разлагается в естественных условиях или имеет

очень длительный срок разложения. Чтобы сделать окружающую среду более чистой, нужно уменьшить количество выбрасываемых упаковок, а для этого им надо дать новую жизнь.

Цель проекта:

Научиться изготавливать полезные продукты из вторичного сырья.

Чтобы достичь цель я поставила перед собой следующие **задачи**:

1. Изучить и проанализировать научно-методическую литературу.
2. Самостоятельно применять полученные знания и использовать их при жизнедеятельности.
3. Научиться через практическую работу находить полезное применение бытовому мусору, тем самым внести свой посильный вклад в частичную утилизацию и сокращение мусорных свалок.
4. Переработка мусора в домашних условиях путем эколого-хозяйственного подхода к твердым бытовым отходам, как к ресурсу на примере вторичного использования.

Виды бытовых отходов

Бытовые отходы — это природные ресурсы, которые человек использовал до тех пор, пока они не потеряли своих качеств или значимости и перестали быть пригодными к употреблению или эксплуатации

Жидкие (ЖБО). Это канализационные стоки, загрязнённые и использованные жидкости, которые образуются в частных и других домохозяйствах, не подключенных к центральной системе водоотведения. Наличие канализации для многоквартирных домов упрощает процесс обращения с ними. Их отвод и утилизация происходит централизованно. Сложнее с частными домами, к которым канализация не подведена.

К ЖБО относятся стоки, источниками которых становятся жидкости из туалетов, санузлов, ванных комнат.

Твёрдые. Раньше их называли ТБО, теперь появилась новая аббревиатура – КБО (буква «К» означает «коммунальные»).

Твёрдые бытовые — предметы или товары, потерявшие потребительские свойства, наибольшая часть отходов потребления.

Газообразные. Относятся к промышленным отходам. В быту образуются в результате эксплуатации печей, сжигания и гниения мусора. Газообразные отходы - это отходы в газовой форме, образующиеся в результате различных видов человеческой деятельности, таких как производство, переработка, потребление материалов, биологические процессы и т.д.

Газообразные отходы включают диоксид углерода (CO₂), метан (CH₄), хлорфторуглерод (ХФУ), оксиды азота (NO_x), монооксид углерода (CO), оксиды серы (SO_x) и др.

Состав бутылок из пластика

Состав пластика ПЭТФ

До 30% - моноэтиленгликоль (МЭГ)

В традиционном производстве получают путем переработки сырой нефти. Технология PlantBattle™ позволяет заменить нефть растительным сырьем.

70% - терефталевая кислота (РТА)

Дальнейшая работа над улучшением технологии PlantBattle™ будет заключаться в поиске заменителя терефталевой кислоты.

Горение пластика

Горение пластика, такого как бутылки, вызывает выделение различных вредных веществ в атмосферу. В зависимости от состава пластика, это могут быть диоксины, фурфурол, аммиак, токсичные оксиды азота и углерода, бензол, формальдегид, хлор и другие.

Таблица 1 - Действие вредных веществ на здоровье человека

Диоксины	могут вызвать рак и нарушения в работе иммунной, эндокринной и нервной систем
Фурфурол	может раздражать глаза, кожу и

	дыхательные пути, а также оказывать канцерогенное воздействие
Аммиак	при нагревании выделяет едкие пары, вызывающие раздражение глаз и дыхательных путей.
Токсичные оксиды азота и углерода	могут привести к ухудшению кровообращения и оказать токсическое действие на органы и ткани.

С целью утилизации пластика некоторые предприятия по переработке мусора предпочитают его сжигать. И это причиняет ещё больший вред окружающей среде. При горении пластика в окружающую среду выбрасывается около 70 химических соединений. И далеко не все из них безобидны для здоровья человека и окружающей среды. К примеру, при горении пластика в атмосферу выбрасывается фосген. А этот самый фосген — боевое отравляющее вещество. Именно печально известным фосгеном совершались газовые атаки во время Первой Мировой Войны. Не оказывает этот газ удушающего эффекта на население только потому, что его концентрации в воздухе пока что не достаточно для этого. Но это вопрос времени. Если сжигание пластика будет практиковаться повсеместно и станет привычной технологией утилизации мусора — серьёзных проблем со здоровьем не избежать. Кстати, противоядия против фосгена до сих пор не найдено. Помимо фосгена, в дыме от горящего пластика обнаруживаются канцерогенные полициклические углеводороды. Эти вещества способствуют хроническому раздражению органов дыхания, что лишает их возможности сопротивляться различным болезням.

Пластика, приносит вред, попадая в организм человека с пищей и водой. Попадая в желудочно-кишечный тракт, частицы пластика отравляют организм пестицидами и фенолом, который наносит удар по гормональной системе человека. Частицы пластика, воздействуя на организм, тормозят рост клеток, что приводит к нарушению восстановительных процессов организма. Сегодня микрочастицы пластика можно обнаружить везде: в воздухе, в воде, в почве. При такой концентрации пластика в окружающей среде говорить о чистоте продуктов питания просто не приходится, частицы пластика встречаются буквально повсюду. В частности, вышеуказанный фенол может стать причиной ряда тяжёлых заболеваний: от сахарного диабета до онкологии и даже деформации ДНК в половых клетках. То есть, частицы микропластика — самое настоящее оружие, в том числе — генетическое.

Нахождение пластика в почве

Пластиковые бутылки не разлагаются и могут долго находиться на почве. Они могут пребывать там десятилетиями и даже веками, в зависимости от условий среды. Например, пластиковые бутылки, попавшие в море, могут долго плавать и разлагаться только при определённых условиях, под воздействием солнечного света и микроорганизмов. В почве они могут оставаться даже дольше, так как процесс разложения медленнее из-за ограниченного доступа к свету и воздуху.

Для полного разложения пластика необходимо от 80 до 500 лет. Согласитесь, это колоссальная цифра? Чтобы полностью разложился стаканчик для напитка, необходимо порядка полувека, пакета — более 100, а пластиковой бутылки — более 200 лет. В чем причина долговечности пластика? Все дело в специфике его производства: основная масса пластмасс создается путем полимеризации соединений, которые получают из нефти, угля, газа. Для обеспечения заданных характеристик к ним добавляют примеси. Это щелочи, кислоты, горючие соединения, пигменты и не только.

Естественно, постепенно изделия из пластика приходят в негодность: пакеты после неоднократного использования начинают рваться, бутылки ломаются, а мебель и посуда постепенно становятся все более и более хрупкими и тоже выходят из строя. Но при этом даже после процесса преобразования материалов в порошок — микропластик он полностью сохраняет свою структуру.

Одной из ключевых причин долгой деградации пластика выступает отсутствие в природе естественных переработчиков. Если органика используется в качестве источника питания бактерий, то искусственные соединения разлагаются механически, то есть через разрывы и перетираание. Еще один способ разложения – химический, осуществляемый посредством взаимодействия с активными компонентами. Альтернативные варианты – термический способ и воздействие ультрафиолета.

Разложение любых веществ без задействования живых организмов – это очень долгий процесс. Пластмасса имеет молекулярную структуру с очень прочными связями. Практически ни один живой организм не обладает способностью усвоения ее молекул. Правда, сейчас ученые занимаются созданием микроорганизмов, которые могли бы уменьшать объемы пластика в окружающей среде путем его переработки с помощью специальных ферментов.

Музей «На свалке» в Иркутске

Музей «На свалке» — это огромный комплекс под открытым небом, где из стали собраны Чужие и Хищники, средневековые рыцари и военная техника.

История этого уникального места началась в 2015 году. Идейным вдохновителем стал начальник полигона — Александр Расторгуев, увлекающийся историей.

Сегодня музей мусора является туристической визитной карточкой города. Посмотреть на необычный объект приезжают не только российские, но и зарубежные туристы.



Рисунок 1 - Музей "На свалке"

Процесс изготовления продукта проекта

В качестве продукта проекта я изготовила пуфик из вторичного сырья. В качестве вторичного сырья применила бытовые отходы в виде упаковочного материала - пластиковые бутылки из под напитков.

Первым этапом склеиваем детали основы. Затем собираем детали основы вместе и прикрепляем к основе поролон. В завершении надеваем изготовленный чехол на пуфик.



Рисунок 2 - Первый этап изготовления пуфика



Рисунок 3 - Второй этап изготовления пуфика



Рисунок 4 - Третий этап изготовления пуфика



Рисунок 5 - Готовый пуфик

Заключение

В результате получились нужные и красивые предметы декора из вторичного сырья для себя и своих близких. Сформировалось бережное отношение к окружающей природе и понимание того, что проблема утилизации мусора, это серьезная экологическая проблема всего человечества. Начинать нужно с маленького: со своего дома, двора, города

Список использованных источников

1. Вред пластика для окружающей среды / URL: <https://www.oum.ru/literature/raznoe/vred-plastika-dlya-okruzhayushchey-sredy/> Дата обращения: 8.05.2024
2. Чем опасен полипропилен/ URL: <https://telegra.ph/Что-vydelyaet-polipropilen-pri-nagrevanii-Polipropilen-i-poliehtilen-osobennosti-ispolzovaniya-i-vozmozhnye-opasnosti-03-07>. Дата обращения: 8.05.2024
3. Сколько разлагается пластик/ URL: <https://trends.rbc.ru/trends/green/609d07649a7947794e789e2c>. Дата обращения 8.05.2024
4. Из чего сделана пластиковая бутылка / URL: <https://www.simplexnn.ru/plastic-bottle>. Дата обращения 8.05.2024
5. Твердые бытовые отходы/ URL: <https://www.kp.ru/family/ecology/tverdye-bytovye-otkhody/>. Дата обращения 8.05.2024
6. ФККО/ URL: <http://kod-fkko.ru/spisok-othodov/>. Дата обращения 8.05.2024
7. Германия — Какие бутылки и упаковки сдаются и сколько они стоят/ URL: <https://www.mknews.de/social/2023/08/10/germaniya-kakie-butyilki-i-upakovki-sdayutsya-i-skolko-oni-stoyat.html>/ Дата обращения 8.05.2024
8. Музей на свалке в Иркутске/ URL: <https://www.tourister.ru/world/europe/russia/city/irkutsk/museum/32577/> Дата обращения 8.05.2024
9. Чем обусловлен долгий период разложения пластика/ URL: <https://fishki.net/3731265-poleznyj-i-vrednyj-chem-obuslovlenn-dolgij-period-razlozhenija-plastika.html>/ Дата обращения 8.05.2024

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕШНЕГО ВИДА И МЕДИЦИНСКОЙ ОДЕЖДЫ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

*Пилипенко Полина Андреевна, Сулейменова Аминна Еркинбековна,
Руководитель: Толмачева Елена Васильевна,
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Цель: Провести анализ соответствия внешнего вида и медицинской одежды в студенческой среде КГБПОУ ББМК и разработать Памятку абитуриенту и Рекомендации по внешнему виду, медицинской одежде и её ношению для студентов.

Задачи:

1. Ознакомиться с требованиями к внешнему виду студента медика, историей и видами медицинской одежды.
2. Составить чек-лист «Гигиенические аспекты внешнего вида и медицинской одежды в студенческой среде».
3. Провести профилактические рейды согласно разработанного чек-листа совместно с Советом Соуправления.
4. Разработать Памятку абитуриенту и Рекомендации по внешнему виду, медицинской одежде и её ношению для студентов КГБПОУ ББМК.

Объект: Студенты КГБПОУ ББМК.

Предмет: Гигиенические аспекты внешнего вида и медицинской одежды в студенческой среде КГБПОУ ББМК.

Методы исследования: статистический анализ, составление чек-листа и обработка данных, практический выход.

В медицине и здравоохранении действуют строгие Санитарные Правила и Нормы. Халатное и попустительское отношение к общей организации медицинских процессов чревато негативными последствиями для человеческих жизней и здоровья больших масс людей.

Медицинский персонал постоянно контактирует с пациентами в каждой медицинской организации, он является эталоном чистоты и аккуратности. Внешний вид врача и среднего медперсонала должен быть идеальным. Еще Гиппократ особое значение отводил внешнему виду врача – он считал, что от манеры поведения и внешности врача во многом зависит процесс исцеления пациента. Поэтому его фраза о том, что **«Медикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду, ибо всё это приятно для больных»** - актуальна во все времена. Соблюдение основных требований к медицинской одежде показывает, что специалист уважает себя, своих коллег и тех, кому призван оказывать помощь.

Медицинская одежда, которая представляет собой халат или брючный костюм, должна быть всегда чистой и отглаженной, соответствующей нормам (СанПиН) и принятым в той или иной медицинской организации стандартам.

У пациентов опрятность зачастую ассоциируется с высоким профессионализмом. К ухоженным медицинским работникам развивается чувство доверия и уважения. Отношение к своему внешнему виду у медицинского работника красноречиво говорит об отношении человека к себе, к коллегам и, собственно, к самой профессии.

Таким образом, соблюдение внешнего вида сначала обучения для студентов, является основой заложения привычки к будущей профессии.

С целью провести анализ соответствия внешнего вида и медицинской одежды в студенческой среде КГБПОУ ББМК был разработан чек-лист «Гигиенические аспекты внешнего вида и медицинской одежды в студенческой среде» содержащий 12 вопросов (Табл.1).

Профилактические рейды проводились совместно с представителями Совета Соуправления с 18.04.2024-26.04.2024 г. Проверке были подвергнуты студенты всех специальностей «Акушерское дело», «Лабораторная диагностика», «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело», «Сестринское дело», «Стоматология ортопедическая», «Стоматология профилактическая», «Фармация», в основном студенты дневного отделения (Рис 1).

В основу осмотра вошли: внешний вид студента, смотрели прибраны ли волосы, наличие и цвет ногтей, имелись ли украшения и татуировки, внешний вид халата (его наличие, опрятность, длина халата и рукавов), наличие на практике шапочки и перчаток при проведении манипуляции.

Результаты анализа

Были посещены теоритические и практические занятия у 21 группы студентов КГБПОУ БМК. Из них у 16 групп проводились теоретические занятия, у 5 групп практические занятия.

По результатам профилактического рейда, халат имелся во всех 21 обследованных группах, опрятный и он соответствовал длине до колен. В некоторых группах встречались единичные случаи отсутствия халата. В 14 группах у всех студентов был застегнут халат, у некоторых студентов 7 обследованных групп халаты были расстегнуты. В 11 группах у студентов одежда выглядывала из под рукавов халата. Массивных украшений и видимых татуировок не было.

Внешний вид у 86% студентов соответствовал критериям, 14% не соответствовал. У 62% студентов застегнуты халаты, у 33% были расстегнуты, у 5% отсутствовал халат на занятиях. У 52% студентов одежда не выглядывала из под рукавов халата, у 48% выглядывала. У обследованных 5 групп находящихся на практических занятиях 60% имели шапочку и перчатки, 40% не имели, они отсутствовали у некоторых студентов групп Сестринского дела и Лечебного дела при выполнении манипуляций. У 57% студентов волосы прибраны, у 43% нет, девушки сидели с распущенными длинными волосами, парни не расчесаны. Длина ногтей и их цвет не соответствует у 62% студентов, были очень длинные ногти с ярким цветным лаком, у 38% в норме. Цвет волос отличается от натуральных у 5% студентов, ярко-фиолетового цвета, в группе отделения Медико-профилактическое дело, у 95% соответствует критериям.

Результаты профилактического рейда показали, что большинство студентов имеют удовлетворительный внешний вид и медицинскую одежду на теоретических и практических занятиях.

Студенты в халатах выходят за пределы территории колледжа в магазин, а также курят в них.

На основе результатов профилактического рейда, были разработаны Памятка абитуриенту и Рекомендации по внешнему виду, медицинской одежде и её ношению для студентов КГБПОУ БМК. Данные рекомендации будут переданы Совету Соуправления для разработки Положения о внешнем виде студента, так как последние были разработаны в сентябре 2017 года и не были актуализированы.

Также рекомендовано усилить контроль по внешнему виду студентов в группах на теоретических и практических занятиях со стороны администрации колледжа, заведующих отделениями, преподавателей и кураторов групп, которые сами должны быть им примером.

Соблюдение внешнего вида сначала обучения для студентов, является основой заложения привычки к будущей профессии.

Таблица 1 - Чек-лист «Гигиенические аспекты внешнего вида и медицинской одежды в студенческой среде»

1. Отделение и номер группы:
2. Количество обучающихся:

№	Критерии оценивания	ДА	НЕТ	Примечание
1.	Соответствует ли внешний вид студентов	3	18	
2.	Имеется ли наличие халата	21		
3.	Соответствует ли вид халата (опрятный)	21		
4.	Застегнут ли халат	13	7	1-без халата (Фармация)
5.	Соответствует ли длина халата	21		
6.	Выглядывают ли рукава	11	10	
7.	Имеются ли наличие: шапочки, перчаток, масок (практика)	3	2	У 5 групп были практические

				занятия
8.	Собраны ли волосы	12	9	
9.	Соответствует ли длина ногтей и цвет (яркий лак, длинные ногти)	8	13	
10.	Цвет волос отличается ли от натуральных	1	20	
11.	Имеются ли украшения		21	
12.	Имеются ли татуировки		21	



Рисунок 1 – Отделения, подлежащие профилактическому рейду

Заключение

Спецодежда – отличительная особенность медицинских работников, которая выделяет их среди представителей других профессий.

Медицинская одежда для студентов - это не просто обычная одежда, это важный элемент профессионального имиджа будущего медика. Ведь врач - это не только специалист, но и символ заботы о здоровье людей. Поэтому внешний вид студента-медика играет немаловажную роль.

Медицинская одежда для колледжа должна быть не только удобной и практичной, но и соответствовать всем требованиям санитарии и гигиены. Ведь работа в медицинской сфере требует особого внимания к деталям и чистоте.

Важно помнить, что медицинская одежда не только отражает статус и профессионализм, но и способствует комфорту и уверенности в себе. Поэтому выбор правильной одежды для студентов - это не только вопрос стиля, но и заботы о своем будущем и здоровье пациентов.

Аккуратная профессиональная врачебная одежда, служит основой доверия к медику пациентов.

Список использованных источников

1. ГОСТ 25194-82 «Технические условия. Халаты медицинские мужские»
2. ГОСТ 24760-81 «Технические условия. Халаты медицинские женские».
3. ГОСТ 23134-78 «Технические условия. Уборы головные медицинские».
4. Приказ Минтруда № 928н (утвержден 18.12.2020). Об утверждении Правил по охране труда в медицинских организациях.

5. Варианты и особенности медицинской одежды, требования к качеству [сайт]. – Текст: электронный – URL: <https://odezhda.guru/spetsodezhda-dlya-rabotnikov/91-meditsinskaya> (Дата обращения: 03.02.24г.).
6. Виды и классификация медицинской спецодежды [сайт]. – Текст: электронный – URL: <https://igrekpkf.ru/klassifikacija-medicinskoj-odezhdy> (Дата обращения: 03.02.24г.).
7. История медицинского костюма: от одежды ужаса до удобства [сайт]. – Текст: электронный – URL: https://m.vk.com/@club_uyta-istoriya-medicinskogo-kostuma-ot-odezhdy-uzhasa-do-udobstva (Дата обращения: 03.02.24г.).
8. Медицинская одежда для врачей: виды и критерии выбора [сайт]. – Текст: электронный – URL: <https://www.arld.ru/stati/meditsinskaya-odezhda-dlya-vrachey-vidy-i-kriterii-vybora/> (Дата обращения: 03.02.24г.).
9. Медицинская одежда: что важно знать [сайт]. – Текст: электронный – URL: <https://alliancesales.ru/blog/sovety-pokupatelyam/meditsinskaya-odezhda-что-важно-знат/> (Дата обращения: 03.02.24г.).
10. Образ сотрудника аптеки [сайт]. Текст: электронный URL: <https://vk.com/@medfarmobr-obraz-sotrudnika-apteki> (Дата обращения: 03.02.24г.).
11. Внешний вид студента [сайт]. – Текст: электронный – URL: <https://bashlarov.ru/news/vneshniy-vid-studenta> (Дата обращения: 03.02.24г.).

ВЛИЯНИЕ КОФЕИНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Попов Андрей Сергеевич

Руководитель: Сокольникова Галина Александровна

ФГБОУ ВО ИРГУПС «Медицинский колледж железнодорожного транспорта»

Кофеин - одно из самых популярных психоактивных веществ в мире, которое ежедневно употребляют миллионы людей. Его влияние на организм человека изучается уже десятилетиями, и хотя его действие на каждого может варьироваться, общие эффекты кофеина на организм зафиксированы.

Цель: определить, влияет ли кофеин на частоту сердечных сокращений.

Проблема: влияние кофеина на организмы людей разных возрастов

Актуальность: кофеин — это вещество, которое естественным образом содержится в листьях, плодах и семенах более 60 видов растений. Он содержится в различных продуктах и напитках, таких как: кофе, чай, шоколад и некоторые безалкогольные (в основном энергетические) напитки.

Объект исследования: продукты, содержащие кофеин.

Предмет исследования: влияние кофеина на организм человека

История открытия и распространения кофе.

Открыт и назван «кофеином» в 1819 году немецким химиком Фердинандом Рунге. В 1827 году Удри выделил из чайных листьев новый алкалоид и назвал его теином. Кофеин в чистом виде впервые получен в 1828 году (Пеллетье и Каванту). В 1832 году его состав был установлен Велером и Пфаффом с Либихом. В 1838 году Иобст и Г. Я. Мюльдер доказали тождественность теина и кофеина.

Структура кофеина была выяснена к концу XIX века Германом Эмилем Фишером, который был также первым человеком, кто искусственно синтезировал кофеин. Он стал лауреатом Нобелевской премии по химии 1902 года, которую получил отчасти за эту работу.

Открытие кофе относится приблизительно к 850 г. н. э., но полное признание его пришло много веков спустя. Считается, что эфиопские предки народов оромо первыми заметили бодрящий эффект кофе. В Европе кофе появился в первой половине XVI века и стал не менее популярен, чем в мусульманских странах. В Европе первую точную и

полную характеристику кофейного дерева дал Проспер Альпини, итальянский врач из Падуи после того, как в 1591 году Альпини сопровождал венецианское посольство в Египет.

Первая чашка кофе была предложена европейцам в Риме в 1626 году папским дипломатическому представителю римского папы делла Балле, который пристрастился к кофе в Иране. Через 20 лет появилась первая кофейня в Венеции, затем кофейни появились в Марселе и Франции. Считается, что таким образом была засвидетельствована растущая популярность кофе в ряду европейских стран. Тем не менее лекари тех времён восстали против употребления кофе.

Как писал ал-Джазири, первым человеком, попробовавшим кофе, в 1454 году был муфтий Адена, шейх Джамал аль-Дин аль-Дхабхани. Одно из первых известных упоминаний о кофе в России относится к 1665 году. Именно в этом году придворный лекарь Сэмюэль Коллинз прописал Алексею Михайловичу, отцу Петра I, следующий рецепт: «Варёное кофе, персианами и турками знаемое, и обычно после обеда, изрядно есть лекарство против надмений, насморков и главоболений».

В начале XVIII века большой вклад внёс в дело распространения кофе в России император Пётр I. Пристрастившись к этому напитку в Голландии, он ввёл его в обычай на своих ассамблеях. История рассказывает, как Пётр I, находясь в Голландии, часто бывал и даже некоторое время жил у амстердамского бургомистра Николааса Витсена, известного в то время предпринимателя и кофеторговца. По распоряжению Петра I кофе угощали даже при входе в кунсткамеру.

Химический состав и роль кофеина в медицине

Кофеин - бесцветные или белые горькие кристаллы. Является психостимулятором, содержится в кофе, чае и многих прохладительных напитках.

Химическая формула кофеина: $C_8H_{10}N_4O_2$.

В медицине кофеин применяется в составе средств от головной боли, при мигрени, как стимулятор дыхания и сердечной деятельности при простудных заболеваниях, для повышения умственной и физической работоспособности, для устранения сонливости.

Химическое название кофеина — 1,3,7-триметил-ксантин. В щелочной среде, превращается в кофеидин $C_7H_{12}N_4O$. Кофеин лучше действует на центральную нервную систему.

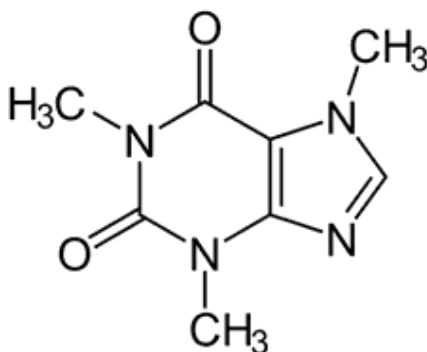


Рисунок 1 - Химическая формула кофеина

Кофеин даёт положительную реакцию, при нагревании с реактивом Несслера кофеин образует красно-бурый осадок.

Влияние кофеина на организм человека

Кофеин является психостимулятором, который оказывает множество воздействий на организм человека. Вот некоторые основные эффекты кофеина на организм:

1. Стимуляция нервной системы: кофеин увеличивает уровень нейротрансмиттеров в мозге, что приводит к повышению бодрости, концентрации внимания и улучшению настроения.
2. Увеличение выработки адреналина: кофеин стимулирует надпочечники, что приводит к увеличению уровня адреналина в крови. Это может привести к ускоренному сердцебиению, повышенному давлению и усилению мышечной активности.

3. Диуретическое действие: кофеин может привести к усилению выделения жидкости через почки, что может привести к обезвоживанию и увеличенному риску дегидратации.
4. Влияние на сон: употребление кофеина ближе ко времени сна может привести к нарушениям сна и бессоннице.
5. Зависимость: регулярное употребление кофеина может привести к зависимости и толерантности к его действию.
6. Влияние на пищеварение: употребление больших доз кофеина может привести к раздражению желудочно-кишечного тракта, изжоге и диарее.

В целом, употребление кофеина может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на организм человека, в зависимости от индивидуальных особенностей организма и количества потребляемого кофеина. Важно помнить о мере и не превышать рекомендуемую суточную дозу кофеина, которая обычно составляет около 400 мг (эквивалентно примерно 4 чашкам кофе).

Передозировка, психические расстройства, вызванные употреблением кофеина

Кофеин и его искусственный аналог (бензоат натрия, консервант Е-211), применяемый в пищевой промышленности, могут стать причиной ухудшения состояния здоровья. При регулярном и неумеренном употреблении кофейного напитка и продуктов, содержащих кофеин (например, энергетиков), высока вероятность развития патологии ЖКТ, ЦНС и сердечно-сосудистой системы.

Длительное употребление кофе является причиной возникновения гастрита, колитов, язв желудка, гипертонии, а также некоторых неврологических и легких психических расстройств. Поэтому, в зависимости от последствий неумеренного употребления кофе, в лечении зависимости от кофеина могут принимать участие кардиолог, гастроэнтеролог, невролог, психоневролог или психотерапевт.

При отсутствии патологии соматического характера, лечение зависимости от кофеина в нашей клинике проводится психотерапевтами или гипнологами. По рекомендации врача курс лечения может быть дополнен сеансами релаксационной терапии, лечебного массажа или иглорефлексотерапией.

Люди, злоупотребляющие кофе, нередко сталкиваются с некоторыми симптомами передозировки кофеином: бессонницей, частыми головными болями, приступами головокружения, нервозностью, легкой возбудимостью и повышенной тревожностью.

Симптомы передозировки кофеином

К сожалению, употребление кофе стало привычным для многих ритуалом. В попытке максимально быстро привести себя в рабочее состояние, люди прибегают к помощи кофе практически сразу же после сна. Однако негативные последствия такой привычки не заставят себя ждать на длительной дистанции.

Нередко симптомы передозировки кофеином воспринимаются людьми в качестве негативных последствий ежедневных стрессов, волнений и неразумного образа жизни:

- бессонница;
- депрессивное состояние;
- нервозность и раздражительность;
- повышенная тревожность.

В меньшей степени к симптомам передозировки кофеином относят частые позывы к мочеиспусканию (энурез), колебания артериального давления, повышенную температуру тела, изжогу, приступы тошноты, понос, ухудшение состояния кожных покровов (возникает вследствие обезвоживания), проблемы со зрением и головокружение.

Суточная норма кофе, содержание кофеина в разных напитках

Взрослому человеку за раз рекомендуется употреблять не более 100-200 мг кофеина. Оптимальный объем кофе для дневной нормы – не более 400 мг кофеина или 3-5 чашек напитка в сутки.

Содержание кофеина в разных напитках

Фильтр-кофе (150 мл) – 60-180 мг, в среднем – 115 мг.

Черный кофе, сваренный в кофеварке (240 мл) – 65-120 мг.

Эспрессо (30 мл) – 30-60 мг.

Капучино – 70-80 мг.
 Растворимый кофе (150 мл) – 60-85 мг.
 Энергетические напитки – не более 30 мг

Практическая часть и её описание

В ходе исследования было принято решение провести эксперимент, направленный на выяснении того, влияет ли кофеин на давление человека. Перед началом мы сняли замеры давления испытуемых. Далее каждый из них употребил напиток, содержащий кофеин. Результаты представлены в таблице.

Таблица 1 – Результаты эксперимента

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	Жен.	40	111/70	119/70	Усталость	Бодрое
Сестра	Жен.	25	115/80	130/80	Усталость	Бодрое

Выводы

Кофеин психостимулятор. У испытуемых наблюдается появление аппетита, повышение активности после принятия кофеина.

У испытуемых после приёма кофеина в разных видах, появилось чувство бодрости, давление выросло на 10%.

При частом приёме кофеина возникает зависимость, без кофеина в организме человек чувствует себя ужасно.

Устраняет вялость и сонливость.

Список использованных источников

- 1."Кофеин: факты и мифы" Магницкая Е.В., Глебова Ю.А., Дёмин А.В. (2019). Журнал "Фундаментальные исследования". №4 (ч.2). С. 332-336.
2. Петрова Л.Н. "Кофеин и его влияние на здоровье" (2017). Издательство "Медицина". 220 с.
- 3."Фармакологические свойства кофеина и его воздействие на центральную нервную систему" Соколова О.А., Смирнова Е.И. (2018). Журнал "Фармакология и токсикология". №1. С. 45-51.
4. Казакова И.В. "Биохимия кофеина и его метаболизм в организме" (2016). Издательство "Наука". 180 с.
- 5."Воздействие кофеина на сердечно-сосудистую систему" Зайцева Н.С., Лебедева Т.И. (2020). Журнал "Кардиология". №2. С. 78-83.
6. Королёв Д.А. "Психоактивные свойства кофеина: механизмы действия" (2015). Издательство "Здоровье". 240 с.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Сингилеева Мария Александровна
Руководитель: Бабина Светлана Петровна
КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум»

Высокий динамизм повседневной жизни и деятельности современного человека, нарастание социальных связей и общения людей, необходимость принимать ответственные решения в условиях неопределенной ситуации и дефицита времени, повышение требований к компетентности и оперативности человека связаны, в свою очередь, с ростом психологической напряженности.

В работе медицинской сестры, важное значение имеет режим эмоциональной безопасности. Работа, связанная с уходом за больными людьми, требует особой ответственности, большого физического и эмоционального напряжения. Психологические факторы риска в работе медсестры могут приводить к различным видам нарушения психоэмоционального состояния.

Большинство исследователей тревожности согласны с тем, что проблема тревожности в психологии, как в научном, так и в клиническом плане впервые была поставлена и рассмотрена в трудах З. Фрейда, который выдвинул две точки зрения на тревожность.

Первая из них заключалась в том, что тревожность возникает в результате вытеснения влечений. Эта точка зрения относилась исключительно к сексуальному влечению и носила характер чисто физиологической интерпретации, так как основывалась на вере в то, что если разрядка сексуальной энергии встречает препятствие, то эта энергия будет порождать в теле физическое напряжение, которое трансформируется в тревожность.

Согласно его второй точке зрения, тревожность — или то, что мы называем невротической тревожностью, — возникает в результате страха перед теми влечениями, обнаружение или следование которым создаст внешнюю опасность. Эта вторая интерпретация, которая является психологической, относится не к одному только сексуальному влечению, но также к агрессивным побуждениям. В этой интерпретации тревожности Фрейда занимает вовсе не вытеснение влечений или отсутствие их вытеснения, а лишь страх перед теми влечениями, следование которым сопряжено с внешней опасностью.

Концепция К.Хорни основывается на представлении, что эти две точки зрения Фрейда должны быть интегрированы для понимания картины в целом. Хорни — одна из создателей неопрейдизма, и ее социокультурную концепцию личности отличает отказ от упрощенного биологизма, присущего теории Фрейда. Основу сущности человека она видит в его врожденном чувстве тревоги. Младенец начинает испытывать тревогу с самых первых минут своего рождения, своего существования вне чрева матери. Это чувство тревоги фиксируется и становится внутренним свойством психической деятельности — "базальной тревогой". Внутреннее беспокойство порождает желание избавиться от него, что и является основной глубинной мотивацией поведения. Именно базальная тревога заставляет человека стремиться к безопасности, строить свое поведение таким образом, чтобы не провоцировать ее усиления.

В отечественной науке терминами «тревога» и «тревожность», которые зачастую трактуются в качестве синонимов, описывается эмоциональное состояние, связанное с предчувствием опасности и носящее негативный характер. Тревожностью также называют психологическую особенность личности, проявляющуюся склонностью к переживанию состояния тревоги. [4]

Отечественная психологическая наука предлагает несколько трактовок понятия «тревожность».

1. Тревога как состояние, возникающего в случае объективной угрозы личности, или в ситуациях, представляющих угрозу по ее субъективному мнению, а так же в нестандартных условиях функционирования и стрессовых ситуациях.

2. Тревожность как свойство личности, предрасполагающее к переживанию тревожных состояний в различных ситуациях. Склонность к проявлению тревоги под влиянием специфических свойств темперамента.

На психологическом уровне тревожность выражается проявлением напряжения, нервозности и беспокойства на фоне переживания таких чувств как неопределенность, незащищенность, беспомощность.

Тревожные реакции на уровне физиологии выражаются учащением дыхания и сердцебиения, повышением артериального давления и увеличением минутного объема циркуляции крови, снижением порогов чувствительности и повышением уровня общей возбудимости. Причиной этого является негативное восприятие на личностном уровне нейтральных стимулов. С точки зрения формирования соматической патологии продолжительное эмоциональное напряжение опасно, так как длительное его воздействие создает высокий уровень возбуждения в симпатическом отделе вегетативной нервной системы. Направляясь к внутренним органам, импульсы нарушают их функционирование. Значительные нагрузки испытывают симпатико-адреналовая, гипоталамо-гипофизарная, сердечнососудистая и другие системы организма.

Ч. Спилбергер выделяет два вида тревожности:

первый вид - это ситуативная тревожность, т.е. порожденная некоторой конкретной ситуацией, которая объективно вызывает беспокойство. Данное состояние может, возникает у любого человека в преддверии возможных неприятностей и жизненных осложнений. Это состояние не только является вполне нормальным, но и играет свою положительную роль. Оно выступает своеобразным мобилизирующим механизмом, позволяющим человеку серьезно и ответственно подойти к решению возникающих проблем.

Ненормальным является скорее снижение ситуативной тревожности, когда человек перед лицом серьезных обстоятельств демонстрирует безалаберность и безответственность, что чаще всего свидетельствует об инфантильной жизненной позиции, недостаточной сформулированности самосознания.

Второй вид - личностная тревожность. Она может рассматриваться как личностная черта, проявляющаяся в постоянной склонности к переживаниям тревоги в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и таких, которые объективно к этому не располагают. Она характеризуется состоянием безотчетного страха, неопределенным ощущением угрозы, готовностью воспринять любое событие как неблагоприятное и опасное. Закрепляясь в процессе становления характера к формированию заниженной самооценки и мрачного пессимизма. [8]

Зигмунд Фрейд, выделял три вида:

1. Объективная (реалистическая) – тревожность, связанная с опасностью во внешнем мире. Это ответ на объективную внешнюю угрозу, при чрезмерном проявлении такая тревожность ослабляет способность индивида эффективно справиться с источником опасности;

2. Невротическая – тревожность, связанная с неизвестной и неопределяемой опасностью, по мнению Фрейда, может существовать в трех основных формах. Во-первых, это «свободно плавающая», «свободно витающая» тревожность, или «готовность в виде тревоги», которую как образно замечал Фрейд, тревожный человек носит повсюду с собой и которая всегда готова прикрепиться к любому более или менее подходящему объекту. Например, она может воплотиться в страх ожидания. Во-вторых, это фобические реакции, которые не соответствуют вызвавшей их ситуации, - боязнь высоты, змей, толпы, грома и т.п. В-третьих, это Страх, возникающий при истерии и тяжелых неврозах и характеризующийся полным отсутствием связи с какой-либо внешней опасностью. С точки зрения Фрейда, разграничение объективной и невротической тревожности весьма условно, поскольку невротическая тревожность имеет тенденцию проецироваться во вне, приобретая вид реального страха, так как от внешней опасности избавиться легче, чем от внутренней.

3. Моральная – определяемая им как «тревожность совести», связанная с опасностью идущей от Супер-Эго. Она представляет собой синтез объективной и невротической тревожности, так как Супер-Эго является интроецированным (то, что осваивается ребенком и переходит в его психику от других людей) голосом авторитета

родителей и продуцирует вполне реальную боязнь угроз и наказаний, по крайней мере, для детей.

Профессия медсестры является одной из самых сложных в мире, так как требует повышенной самоотдачи, постоянного совершенствования собственных навыков, предельной концентрации внимания, эмоциональной устойчивости, постоянного чувства личной ответственности за жизнь и здоровье своих пациентов.

Исследуя проблему медицинских сестер на сегодняшний день психологи, путем экспертной оценки сделали вывод, что в работе медицинской сестры наиболее подвержена эмоциональная сфера. Стресс медицинских работников вызван рядом специфических особенностей их профессии. Основными субъективными психологическими проявлениями стрессового состояния являются тревога и страх, ощущение неопределенной угрозы, опасности.

Во-первых, это огромная ответственность за жизнь и здоровье пациентов, которая тяжким грузом ложится на их плечи.

Во-вторых, длительное нахождение в «поле» отрицательных эмоций – страдания, боли, отчаяния, раздражения и т. д., которые так или иначе по механизму эмоционального заражения передаются и на медицинский персонал.

В-третьих – это неравномерный режим работы с ночными и суточными дежурствами, что нарушает естественные биоритмы труда и отдыха и негативно влияет на адаптационные способности организма.

В-четвертых (что характерно для постсоветского пространства), заработная плата врачей и среднего медицинского персонала явно не соответствует степени их социальной ответственности, что вызывает чувство неудовлетворенности своей профессией и связанные с этим фактом личностные стрессы. [7]

Хронические или неконтролируемые стрессы могут приводить к психосоматическим заболеваниям. Роль стресса в развитии заболеваний выражается в срыве функционирования органа-мишени:

- головной мозг (ухудшение кровообращения из-за сужения сосудов);
- нервная система (невроз);
- сердечно-сосудистая система (аритмия, гипертоническая болезнь);
- дыхательная система (одышка);
- желудочно-кишечный тракт (нарушение пищеварения, язвенный колит);
- мочеполовая система (нарушение менструального цикла, расстройства эрекции);
- мышечная система (сохранение высокого мышечного тонуса даже в состоянии покоя);
- суставы (ревматоидный артрит);
- кожа (крапивница, экзема, псориаз);
- иммунная система (снижение иммунитета).

В результате состояния тревожности следуют изменения в профессиональной деятельности медицинских сестер, что влияет на взаимоотношение между медсестрой и пациентом, медсестрой и главным врачом. Так же может снизиться качество работы и определенных манипуляций. Частое беспокойство и напряженность, чувство подавленности и неуверенности в себе, низкая самооценка определяют тенденцию к профдеформации.

Эмпирическое исследование было проведено на базе КГБУЗ «АМРБ». В исследовании принимали участие медсестры различных отделений -25 человек

Этапы исследования:

1 этап – диагностика ситуативной тревожности

2 этап – диагностика личностной тревожности

3 этап – определение «группы риска» уровня тревожности и рекомендации

Для диагностики тревожности был использован тест на самооценку ситуативной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина.

Методика содержит 20 вопросов, снабжена инструкцией.

Показатели по каждой из шкал располагается в пределах от 1 до 4 баллов. Каждый из них характеризует свои значения. 1 балл означает никогда, 2 балл – почти никогда, 3 балл –

часто, 4 бал – почти всегда. Анализ результатов самооценки вычисляется по формуле «Уровень ситуативной тревожности»:

$Тр = Ерп - Ерo + 50$, где:

Тр - показатель реактивной тревожности;

Ерп - означает сумму баллов по прямым вопросам, в неё входят цифры 3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18;

Еро - означает сумму баллов по обратным вопросам, они находятся под цифрами 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20.

Чем больше баллов ситуативной тревожности, тем серьезней и ответственной человек подходит к решению возникающих проблем.

И по аналогии личностная тревожность

$Тл = Елп - Ело + 35$, где:

Тл – показатель личностной тревожности;

Елп – сумма баллов по прямым вопросам (22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40);

Ело – сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Чем больше баллов личностной тревожности, тем больше вероятность появления психосоматических заболеваний и выше эмоциональная неустойчивость.

Результаты распределились следующим образом

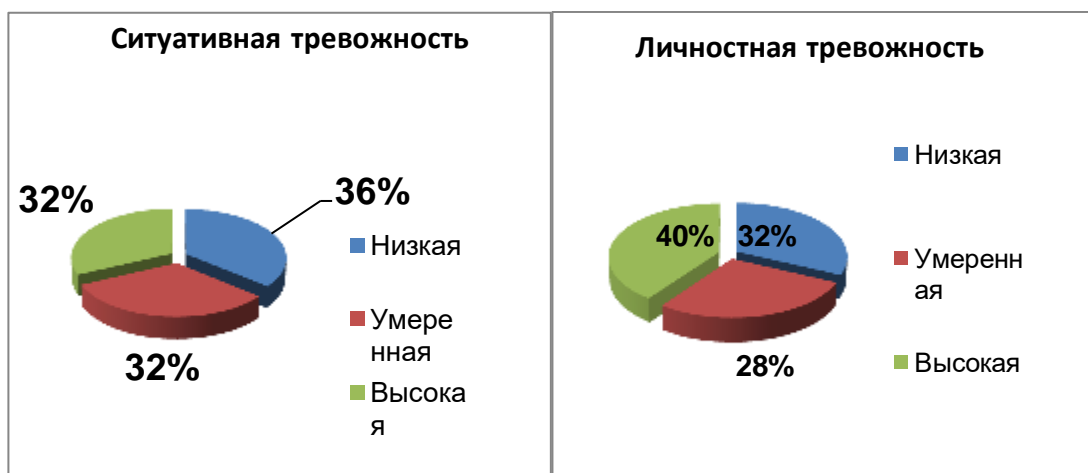


Рисунок 1- Процентное соотношение по уровням реактивной и личностной тревожности

Таким образом, ТР (ситуативная тревожность) - 9 медсестер (36%) группы обладают низким уровнем ситуативной тревожности, следовательно, существует вероятность ранней деформации в профессии в связи со слабой мерой ответственности и дисциплинированности.

Умеренным уровнем обладают 8 (32%) группы, набравшие 31 и более баллов, следовательно, к профессиональной деятельности относятся чуть серьезней и ответственной.

А с высоким уровнем ситуативной тревожности, 8 человек (32%) группы подходят к решению возникающих проблем максимально ответственно.

ТЛ (личностная тревожность) - 8 медицинских сестер (32%) группы обладают низким уровнем личностной тревожности, из этого следует, что эмоциональное состояние стабильно.

Умеренным уровнем обладают 7 (28%), из этого можно вывести, что эмоциональное состояние также стабильно.

С высоким уровнем личностной тревожности, 10 человек (40%) группы эмоционально неустойчивы. Люди могут быть подвержены эмоциональному выгоранию, возникают психосоматические расстройства. Вместе с тем, нарушаются когнитивные функции, что сказывается на профессиональной деятельности.

Таким образом, возникла необходимость раскрыть методы саморегуляции эмоционального состояния.

Выделяют три основных типа регуляции эмоций:

- выражение эмоционального состояния;

- сдерживание, самообладание;
- переключение.

Успешная реализация эмоциональной саморегуляции позволяет остановить эмоциональное переживание в самом начале его инициации, изменить интенсивность и силу переживания, приостановить запуск отдельных поведенческих реакций.

Исходя из этого, методы на саморегуляцию в обязательном порядке должны включать четыре основных направления (см. Приложение 5)

1. Дыхательные упражнения
2. Упражнения саморегуляции через внешнее проявление эмоций
3. Упражнения для расслабления мышц лица
4. Упражнения на концентрацию внимания

Проведенное исследование с использованием тестов показало наличие уровня тревожности более чем 60% медперсонала. В группе испытуемых был диагностирован высокий уровень личностной тревожности, следовательно, большая вероятность появления снижения когнитивных функций, психосоматических заболеваний и возникновению эмоциональной неустойчивости. В таких условиях медицинская сестра не может сохранять длительную работоспособность, трудно на чем-то сосредоточиться, частое беспокойство и напряженность, чувство подавленности и неуверенности в себе, низкая самооценка могут привести к раннему эмоциональному выгоранию и деформации в профессии.

Поэтому медицинским сестрам с ярко выраженной тревожностью необходимо принимать комплекс упражнений по саморегуляции эмоциональных состояний.

Список использованных источников

1. Бугаева Т.К. Личностные характеристики медицинских сестёр, влияющие на качество трудовой деятельности // Медицинская сестра. — 2020
2. Дьяченко МЛ, Кандыбович Л.А. Психологические проблемы готовности к деятельности. - Минск, 2021. - 173с.
3. Иванова Е.М. Психология профессиональной деятельности. М. 2018.
4. Петрова Н. Н.. Психология для медицинских специальностей: учебник для студ. Сред. Мед. учеб. Заведений /– 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2018. – 320с.;
5. Хабилова Е.Р. Тревожность и ее последствия. СПб.: Изд-во «Питер», 2019. 302 с.
6. <https://studentopedia.ru/psihologiya/vvedenie---vliyanie-trevozhnosti-na-professionalnuyu-deyatelnost.html>;
7. <https://www.informio.ru/publications/id3535/Stress-v-professionalnoi-deyatelnosti-medicinskoi-sestry>;
8. https://studwood.net/1975322/psihologiya/istoriya_razvitiya_psihologii_trevozhnost

i

Как снотворные действуют на наш организм, нормализуя наш сон

*Спирина Антонина Владимировна,
Руководитель: Серяпина Светлана Владимировна,
ЧОУ ПО СТЭМИ «Саянский техникум СТЭМИ»*

Что такое сон?

Сон — это особое состояние сознания, а также естественный физиологический процесс, характеризующийся пониженной реакцией на окружающий мир и специфичной мозговой деятельностью. [2]

Сон жизненно важен для здоровья, настроения, умственной деятельности, качества работы и социальной жизни. Выявлено множество влияющих на сон факторов, в частности,

настроение, индивидуальность, качество сна, хронотип, демографические данные (возраст, пол, доход), а также гомеостатическая потребность во сне.

Фазы сна

Структура сна человека включает в себя две фазы: медленный сон (Non-REM) и быстрый сон (REM, или БДГ — «быстрое движение глаз»).

Медленный сон — наступает сразу после засыпания. Состоит из четырёх стадий. Общая продолжительность фазы — около 90 минут. Дыхание спокойное, ровное, давление понижается, глаза сначала совершают медленные движения, а потом неподвижны, мозг малоактивен, тело расслаблено. Человек отдыхает и восстанавливает физические силы.

Быстрый сон — следует за медленным сном и длится от 10 до 20 минут. Температура и давление повышаются, сердце бьётся чаще. Тело обездвижено, за исключением мышц, отвечающих за сердцебиение и дыхание. Под сомкнутыми веками быстрые движения совершают глазные яблоки (отсюда название — БДГ). Мозг активно работает и человек видит сны.

Медленный и быстрый сон чередуется друг с другом. Сначала человек погружается в медленный сон и проходит все его стадии. Это занимает порядка 90 минут. Затем наступает фаза быстрого сна. В первый раз она короткая, не больше 5 минут. Этот круг называется циклом сна. Циклы повторяются. При этом уменьшается доля медленного сна и увеличивается (до 1 часа) продолжительность быстрого. Здоровый человек обычно одновременно проходит через пять циклов сна. [3]

Что такое недосыпание?

Недосыпание или дефицит сна — это совокупный эффект недостаточного сна. Большое недосыпание может привести к умственной или физической усталости и отрицательно сказаться на настроении, энергии и способности ясно мыслить. Существует два вида недосыпания: результат частичного недосыпания и полного недосыпания.

Причины недосыпания:

- Недостаток кислорода;
- Сбой ритма сна и бодрствования;
- Малоподвижный образ жизни;
- Недостаток витаминов и микроэлементов;
- Неправильное питание;
- Нервное истощение;
- Сахарный диабет;
- Депрессия;
- Побочное действие лекарственных препаратов. [1]

Плюсы и минусы снотворных препаратов.

Плюсы:

- Быстрое засыпание: Снотворные помогают быстрее уснуть, что особенно важно для людей с бессонницей.
- Улучшение качества сна: Некоторые препараты не только ускоряют засыпание, но и улучшают качество сна, делая его более глубоким и продолжительным.
- Снижение дневной сонливости: Хороший ночной сон благодаря снотворным может уменьшить сонливость и усталость в течение дня, повышая работоспособность.
- Улучшение настроения и снижение тревожности: Недостаток сна может привести к раздражительности и тревожности. Снотворные могут помочь справиться с этими проблемами.

Минусы:

- Побочные эффекты: Многие снотворные препараты имеют побочные эффекты, такие как сонливость, головокружение, головная боль, нарушения координации, проблемы с памятью и концентрацией.
- Привыкание и зависимость: При длительном применении может возникнуть привыкание к снотворным, и для достижения эффекта потребуется все большая доза. Также возможно развитие физической и психологической зависимости.

- Синдром отмены: Резкое прекращение приема снотворных может вызвать синдром отмены, который проявляется в виде бессонницы, тревожности, раздражительности и других неприятных симптомов.

- Взаимодействие с другими лекарствами: Снотворные могут взаимодействовать с другими лекарствами, усиливая или ослабляя их действие.

- Не решают основную проблему: Снотворные препараты – это временное решение проблемы, они не устраняют причину бессонницы.

Важно:

- Принимать снотворные препараты следует только по назначению врача и строго соблюдать рекомендованную дозировку.

- Не рекомендуется длительное применение снотворных без консультации с врачом.

- Существуют и немедикаментозные методы лечения бессонницы, такие как когнитивно-поведенческая терапия, релаксационные техники и изменение образа жизни.

- Перед приемом снотворных следует обязательно проконсультироваться с врачом.

Советы о том, как справиться с бессонницей без снотворных препаратов

- Установите регулярный график сна

Выработайте регулярный график с установленным временем сна и бодрствования. Это поможет вам засыпать и хорошо отдыхать во время сна.

- Выполняйте легкие физические упражнения

Легкая физическая активность может помочь вашему организму подготовиться к ночному сну. Выйдите на свежий воздух и солнечный свет, совершив прогулку пешком или небольшую поездку на велосипеде. Прежде чем начинать выполнять какие-либо новые физические упражнения, проконсультируйтесь с врачом.

- Создайте идеальные условия для сна

Убедитесь, что в комнате, где вы спите, прохладно, темно и тихо. Кровать, подушка и одеяло должны быть удобными для вас.

Если у вас есть домашние животные, и они ведут себя активно ночью, не давайте им спать в вашей кровати. Выведите животных из спальни или переложите их на собственную лежанку. Так они не будут беспокоить вас, пока вы спите.

- Постарайтесь расслабиться и успокоиться перед сном

Избегайте яркого освещения и видов деятельности, оказывающих возбуждающее действие, таких как интенсивные физические упражнения или решение сложных проблем, связанных с работой. Перед сном старайтесь придерживаться одних и тех же успокаивающих и расслабляющих процедур. Вы можете принимать горячий душ или ванну перед сном, писать заметки в дневнике, читать, выполнять легкие упражнения на растяжку или заниматься йогой.

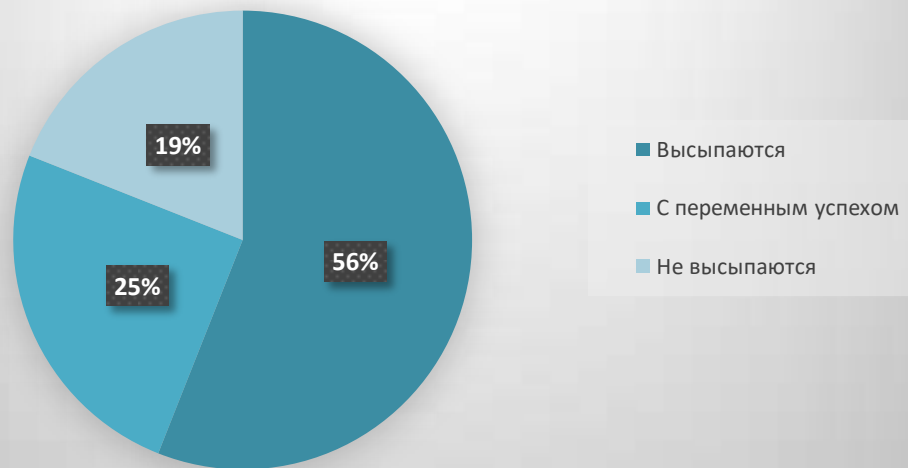
- Попробуйте овладеть техниками релаксации

Изучение техники релаксации может помочь вам преодолеть тревожность и улучшить сон. Попробуйте глубокое дыхание, медитацию и точечный массаж (надавливание на определенные участки тела, помогающее расслабиться).

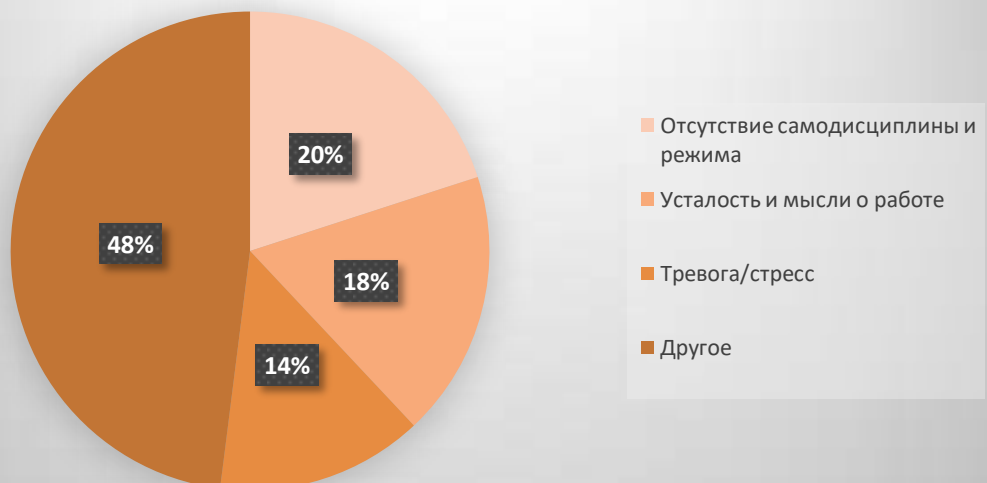
- За 2–3 часа до сна перестаньте пользоваться устройствами, которые излучают синий свет

Синий свет излучают такие электронные устройства, как мобильный телефон, планшет и компьютер, а также светодиодные лампы. На многих устройствах установлен фильтр синего света, который вы можете активировать в ночное время. Вы также можете купить блокирующие синий свет очки и надевать их во время использования электронных устройств. [4]

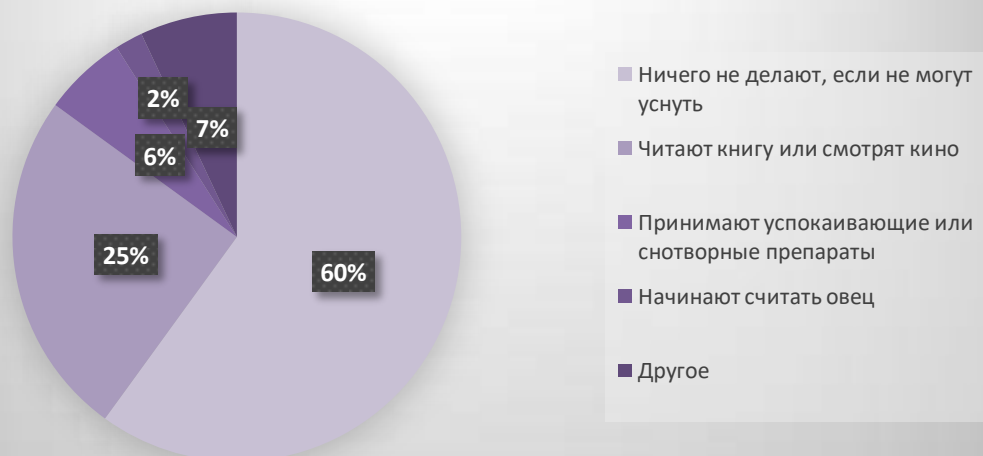
Статистика бессонницы в России на 2022 г.



Что мешает выспаться?



Как борются с бессонницей?



Вывод

В ходе исследовательской работы можно сделать вывод, что на человеческий организм снотворные препараты оказывают больше отрицательное влияние, чем

положительное. Иногда их применение может быть полезным, но принимать на регулярной основе такие препараты крайне не рекомендуется. Следует обратить внимание на множество других способов, помогающих справиться с проблемой бессонницы.

Также, исходя из исследований и данных из таблиц, можно понять, что половина людей, страдающих от бессонницы, может наладить свой сон, не прибегая к снотворным препаратам. Следовательно, они могут избежать отрицательные эффекты, указанные в моей исследовательской работе.

Список использованной литературы:

1. Хронический недосып, нервное истощение, депрессия: почему постоянно хочется спать и как избавиться от этого состояния? <https://www.medargo.ru/news.php?id=87469>
2. Сон. https://ru.wikipedia.org/wiki/Сон#Медленный_сон
3. СОН. Почему он так важен, сколько нужно спать и как правильно это делать. <https://lifehacker.ru/special/sleep/>
4. Способы справиться с бессонницей. <https://www.mskcc.org/ru/cancer-care/patient-education/managing-insomnia>
5. Каждый пятый под угрозой: назван фактор, разрушающий здоровье россиян. <https://ria.ru/20220527/son-1790936013.html>
6. Опрос: Почти 40% россиян не высыпаются. <https://rg.ru/2023/03/16/opros-pochti-40-rossiian-ne-vysypaiutsia.html>

ЗНАЧЕНИЕ ПИТАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

*Троицких Любава Павловна,
Руководитель: Серяпина Светлана Владимировна,
Саянский техникум СТЭМИ*

Нет сомнений в том, что правильное питание идет на пользу организму. Мы – это то, что мы едим. Но как правильное питание может повлиять на ход лечения? И в чем состоит важность изучения нутрициологии?

Нутрициология – это наука о питании. Нутрициология изучает все, что имеет отношение к пище и вопросам питания: белки, жиры, углеводы, витамины и микроэлементы, их взаимодействие, усвоение, расходование, выведение и то, какое влияние все это оказывает на здоровье и качество жизни человека.

Когда человек болеет, его организм испытывает дефицит важных веществ: микро- и макроэлементов, витаминов. Из-за этого может снизиться масса тела, так как в организм поступает недостаточное количество белков, жиров и углеводов. Чтобы восполнить этот недостаток, необходимо правильное питание. Специально разработанные диеты, ограничение в употреблении определенных продуктов, коррекция объемов порций и частоты приемов пищи – все это помогает управлять работой тех или иных систем организма. Во многих случаях правильно подобранное питание позволяет облегчить течение болезни и стимулировать скорейшее выздоровление пациента.

Необходимо осознавать, что для разных заболеваний существует свой особый рацион питания. Многим в России известны диеты по М.И.Певзнеру, рекомендуемые при различных заболеваниях. Они имеют свои номера, например, диета №5 при болезнях печени или стол №10 при гипертонии и болезнях сердца. В современной диетологии система диет по Певзнеру считается устаревшей. Безусловно, Певзнер привил обществу идею, что лечебная диета необходима для исцеления. Вот только разрабатывались его диеты для больниц и санаториев советского союза — как с целью оздоровления, так и с целью экономии средств. Певзнер писал: «Индивидуальное лечебное питание — удовольствие дорогое, недоступное для большинства людей, находящихся в санатории или в больнице. А

для питания тысяч и миллионов людей в то время можно было предложить лишь «групповое» питание, ориентированное «на болезнь, а не на конкретного больного». Сегодня господствует обратный принцип: мы лечим не болезнь, а пациента.

Схема лечебного питания должна разрабатываться для каждого пациента индивидуально. Даже небольшие отклонения от нее могут привести к неприятным, а иногда и опасным последствиям, например:

- несоблюдение диеты при сахарном диабете может привести к резким скачкам сахара, появлению ощущения сухости во рту и непреодолимой жажды, увеличению жировой инфильтрации печени и поджелудочной железы;
- употребление в пищу продуктов с повышенной жирностью, жареных и острых блюд, алкогольных напитков при хроническом панкреатите, скорее всего, закончится обострением болезни;
- увлечение блюдами и продуктами с повышенным содержанием соли опасно при гипертонической болезни, поскольку негативно сказывается на показателях артериального давления.

Перечислять риски отклонения от назначенной врачом системы питания при различных заболеваниях можно долго. Но в любом случае они негативно влияют на общее состояние здоровья пациента и свести на нет полученные результаты лечения.

Несмотря на то, что каждая диета индивидуальна, все они подбираются с учетом основных факторов:

✚ **потребности каждого конкретного организма.** В зависимости от протекающего заболевания и его последствий каждый организм нуждается в своем наборе питательных веществ, витаминов и макроэлементов. Опираясь на показатели каждого конкретного случая, врач подбирает необходимый рацион;

✚ **учет особенностей различных продуктов.** Каждый из них отличается своей пищевой ценностью, по-разному усваивается в организме, имеет свое влияние при любой болезни. Поэтому важно учитывать не просто КБЖУ*, но и химический состав того или иного продукта;

✚ **правильный способ приготовления.** Ослабленный организм нуждается в силах для восстановления после болезни, поэтому блюда лечебной диеты должны требовать минимальное количество энергии для переваривания. Этого можно добиться с помощью особых способов приготовления. Как правило, специальное питание подразумевает потребление вареных, пареных и запеченных блюд. Особо плотную пищу перетирают или сильно разваривают.

Условия питания зависят не только от типа болезни, но и от формы ее течения. После того, как период обострения миновал, в диете тоже может быть определенное послабление, но все-таки это не будет полной свободой и придерживаться назначенной диеты придется все равно. При недостатке определенных питательных веществ (нутриентов) или витаминов врач может назначить прием дополнительных препаратов и питательных смесей.

Главная задача лечебного питания — помочь в борьбе с болезнью и укрепить защитные силы организма. Например, при гипертонии диетотерапия является одним из основных методов лечения и профилактики рецидивов. В случае туберкулеза, инфекционных заболеваний или после операций правильно подобранный рацион помогает повысить иммунитет, стимулирует восстановление поврежденных тканей, ускоряет выздоровление и предотвращает переход болезни в хроническую форму. При грамотном подходе лечебное питание может усилить действие лекарств и защитить организм от их возможного негативного влияния.

Рекомендации по питанию могут кардинально отличаться друг от друга, в зависимости от типа заболевания. Но общие советы по изменению рациона при болезни все-таки можно выделить:

- при лечении необходимо строго соблюдать режим питания, принимая пищу ежедневно в одно и то же время;
- нужно распределять продукты и блюда с учетом их калорийности и химическому составу;

- питаться следует 4-5 в день, выдерживая рекомендованные врачом промежутки между приемами пищи;
- важно употреблять только теплые блюда и тщательно пережевывать все съедаемое;

Утрата организмом питательных веществ при болезнях неизбежна. Большинство заболеваний сопровождается дефицитом белка и мышечной массы, поскольку при недоедании и недостаточном восполнении белка, мышцы – первый резерв, который расходует организм. Часто бывает, что вес у человека нормальный или даже повышенный, но это не значит, что он получает достаточно белка. Слабость, быстрая утомляемость, упадок сил – эти частые признаки болезни на самом деле наиболее часто являются проявлением белкового дефицита и корректируются специальным питанием.

Как во время, так и после болезни правильно составленный рацион питания поможет ускорить выздоровление и укрепить иммунитет. Восстанавливающая диета должна быть сбалансированной и содержать оптимальное количество белков, жиров и углеводов. Также полноценное питание подразумевает включение в рацион продуктов, содержащих достаточный объем пищевых волокон. К пищевым волокнам относятся: клетчатка, инулин, фруктоолигосахариды которые содержатся в различных растениях. Попадая в организм, они не расщепляются в кишечнике, а выступают в роли адсорбента, выводящего токсические вещества, и кормовой базы для полезных бактерий кишечника. Пищевые волокна улучшают перистальтику кишечника, помогают восстановлению микрофлоры и изгнанию болезнетворных бактерий, влияют на синтез и всасывание витаминов и способствуют укреплению иммунитета.

Нет сомнений, что правильное питание благоприятно повлияет на наш организм, как во время заболевания, так и во время реабилитации. Но может ли правильное питание повлиять на наше ментальное здоровье? Ответ да.

Так как работа мозга, включая внутриклеточную и межклеточную коммуникацию, зависит от аминокислот, жиров, витаминов, минералов и микроэлементов. Иммунная защита организма, механизмы антиоксидантной защиты клеток нарушены при ряде психических расстройств, и зависят от ряда нутриентов. Целый ряд эпидемиологических исследований свидетельствует о связи здорового питания и снижении риска депрессии и самоубийства.

Существующие исследования демонстрируют убедительно положительный эффект правильного питания при лечении ментальных заболеваний. Эта диета включает в себя омега-N-жирные кислоты, S-аденозинметионин, ацетилцистеин, цинк, витамины группы B, витамин D. Диета, содержащая Омега-3-жирные кислоты (морепродукты), эффективна при лечении биполярного расстройства, депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства, различных видов психозов. S-аденозинметионин проявил себя как антидепрессант. N-ацетилцистеин влияет на течение болезни Альцгеймера и Паркинсона, аутизма, больных с аддикцией к курению и наркотикам. Цинк препятствует развитию депрессивного состояния.

Мясо – важный источник белка и витаминов группы B, должно использоваться не менее 4-5 раз в неделю. Желательно использовать говядину, получаемую от животных на свободном выпасе. Продукты животного происхождения, в том числе яйца, важны как источник триптофана – аминокислоты, являющейся предшественником серотонина, недостаток которого наблюдается при депрессии. Целесообразно употребление сырых перепелиных яиц без термической обработки, позволяющих получать полноценную констелляцию эссенциальных аминокислот. Чрезвычайно важно включение в диету рыбы, как источника Омега-3-жирных кислот и витамина D. Наиболее полезны лососевые рыбы, прежде всего чавыча (королевский лосось), нерка, кижуч, кета. Желательно использование этой рыбы при минимальной термической обработке, к примеру в виде малосоленой рыбы, что позволяет сохранить активность Омега-3-жирных кислот. Также необходимо уменьшить использования дрожжевого хлеба, ограничить макаронные изделия, выпечку, торты, булочки. Чрезвычайно важно использование молочнокислых продуктов, способствующих закислению нижних отделов желудочно-кишечного тракта и уменьшению процессов реабсорбции эндотоксинов в кровь. Желательно использование блюд из отварных овощей. Крайне важно использование свежих салатов, сдобренных оливковым маслом, благоприятно влияющих на функцию печени и других органов.

Диета должна обязательно содержать свежие фрукты и ягоды, желательно использовать для удаления компонента интоксикации ягоды брусники, содержащей много витамина С и обладающей мощным диуретическим действием. Крайне важно использование бахчевых (арбузы, дыня). Особый упор необходимо делать на белковые продукты, а также на ингредиенты, богатые на клетчатку и полезные жиры. Полезна красная рыба, селедка, тушеная или вареная курятина. Желательно избегать приема продуктов, жареных в масле. Лучше всего тушить их, варить или запекать в духовке без добавления растительных жиров. Такие ингредиенты, как картошка, макароны из мягких сортов пшеницы, белый рис несут наименьшую пользу организму и могут провоцировать прирост лишнего веса.

Подводя итоги, можно сказать, что правильное питание — это важная составляющая здоровья организма. Использование комплексной научно обоснованной диеты оказывает благоприятное действие на результаты лечения и входит в рекомендации в дальнейший период жизни пациента.

Здоровье человека во многом зависит от того, как и чем он питается. Правильное питание играет ключевую роль в поддержании организма в хорошем состоянии. Сбалансированный рацион, основанный на принципах здорового питания, помогает укрепить здоровье, избавиться от негативных последствий неправильного питания, улучшить внешний вид и достичь стройности фигуры. Кроме того, здоровое питание дарит ощущение лёгкости, которое, в свою очередь, способствует позитивному настроению и помогает избавиться от раздражительности, агрессии, негативных эмоций и чувства усталости.

Список использованных источников

1. <https://rehabfamily.com/articles/dieticheskoe-pitanie-v-psikhiatrii-i-narkologii/>
2. <https://dietolog.med.cap.ru/informacionnij-blok/lechebnoe-pitanie/lechebnoe-pitanie-pri-razlichnih-zabolevaniyah>
3. https://medaboutme.ru/articles/kak_nakormit_bolnogo_bezopasno_i_polezno/
4. <https://psihiatrov.net/blog/shizofreniya/dieta-pri-shizofrenii>

ОЦЕНКА ЭКОЛОГИЧЕСКОГО КАЧЕСТВА ВОДЫ РУЧЬЯ ГОРЯЧИЙ

Фалюш Дарья

Руководитель: Смурага Марина Николаевна

ИрГУПС «Медицинский колледж железнодорожного транспорта»

Возле нашего поселка Горячий ключ протекает ручей Горячий. Этот ручей берет свое начало с сопки Ключевская возле реки Большая Куяда. Вытекает небольшим родником, дальше по своему течению она протекает по болоту, из которого пополняет свои воды. Длина ручья 7 км. На берегах ручья, растет темнохвойный лес. Весной ручей разливается примерно 1,5 м. шириной и глубиной 1,20м. Летом ручей мелеет, и его ширина составляет 50-60 см. и глубина ручья 50-20 см. Вода в ручье зимой промерзает. Возле поселка ручей Горячий впадает в реку Ушаковка, когда-то это – была глубоководная, пресноводная река. Поселок был назван в честь ручья. Первые жители строили дома, пекарню, кузницу, построили лесоперерабатывающее предприятие. в ручье водилась рыба, местные жители в ручье брали воду для питья и хозяйственных нужд, Ручей протекая по поселку протяженность 2 км. граничит с лесозаводом и сельскохозяйственными угодьями местных жителей.

Основные факторы загрязнения, по которым проводятся исследования водных объектов: химические загрязнения – в нашем случае химические и органические удобрения с полей, которые вносятся на поля местными жителями, тем самым оказывается негативное химическое воздействие на состояние ручья. Сбрасывание сточных вод в ручей происходит во время таяния снега и во время дождей. Механические загрязнения – происходят в

результате попадания в водный объект различных механических примесей (песок, шлам, опилки (от производства лесоперерабатывающего завода т.д.). Тем самым способствующие замедлению течения воды, температура воды в ручье становится выше. Опасность теплового загрязнения заключается в том, что в «нагретой» воде значительно активнее и быстрее размножаются бактерии, фитопланктон. Вблизи нашего ручья проходят дороги местного значения и районного значения. При движении автомобильного транспорта, в воздух поднимаются частички пыли, асфальта. В выхлопных газах двигателей содержится более 200 химических соединений и элементов. Жители нашего поселка для обогрева домов используют дрова, при сжигании древесины в атмосферу попадают сажа, углекислый газ, сернистый газ и т.д. При перемещении воздушных масс взвешенные частицы из атмосферы попадают и в воды ручья. Эти факторы оказывают негативное воздействие в первую очередь на органолептические показатели.

Актуальность.

Актуальность данной темы для меня заключается в том, что проживая у ручья я вижу, как он благо приятно влияет на экосистему поселка.

Цель:

Провести комплексную экологическую оценку воды ручья Горячий Иркутского района.

Задачи:

1. Изучить химический состав воды ручья Горячий.
2. Изучить беспозвоночных биоиндикаторов, обитающих в данном водоеме.
3. Изучить химический и органический состав почвы возле ручья Горячий ключ.
4. Изучить химический состав атмосферы в п. Горячий ключ.
5. По полученным результатам сделать отчет.

Результаты исследования.

В сентябре 2022 года проведена работа по изучению замера режима ручья Горячий: ширина, глубина, скорость течения. Протяженность ручья по поселку 2 км. Исследование ручья проводилось в четырех точках. Расположение точек исследования сверху –вниз. Первая точка - начало поселка в этом месте ручей вытекает из леса. Вторая точка –через 700-800 метров. Третья точка –ручей протекает в непосредственной близости от лесозавода. Четвертая точка – возле автомобильной трассы, проходящей за поселком.

Ширину и глубину ручья замеряла при помощи рулетки и палки т.к. эти показатели не большие.

Течение ручья замеряла при помощи поплавка. Пластиковую бутылку 0,5 литра на половину наполнила водой. Поверхностную скорость течения определяла, как частное от деления пути пройденное поплавком, в метрах на затраченное время в секундах. Вычислила среднюю скорость течения по формуле $V = S/t$ где S –площадь, t –время.

	Ширина ручья	Глубина ручья	Скорость течения ручья
1 точка	200 см.	40-48см.	0,16 м. /с.
2 точка	250 см.	23 см.	0.71м./с.
3 точка	150 м	40 см.	0,66 м./с
4 точка	164 см.	53 см.	0,38 м./с

Органолептический анализ воды.

Запах –нагрела воду до 20С, а затем до 60С. Вода не имеет запаха.

Жесткость воды следующим способом, использовала жидкое мыло намылила руки и посмотрела образуется ли пена, (в жесткой воде моющие средства очень плохо пенятся). Моющее средство пенится хорошо.

Цветность воды определила так. Налила воду в стеклянную чистую и прозрачную емкость посмотрела на жидкость на фоне белого листа. Цвет воды светло – желтый.

Прозрачность воды определила при помощи текста на бумаге. В стеклянную прозрачную, чистую емкость налила воды, к емкости поднесла напечатанный на бумаге текст на расстоянии 5 см. Текст хорошо читается. Вода прозрачная, без примесей.

Вкус воды ручья Горячий определяла через вкусовые рецепторы. Вода не имеет вкуса.

Концентрацию частиц пыли возле ручья, **электропроводность** и **рН воды** определяла датчиками полученные в результате участия во Всероссийском научно – образовательном общественно – просветительском проекте «Экологический патруль».

Вывод.

Средняя ширина ручья Горячий 190см., **Глубина ручья** осенью -39 см. (Однако весной при таянии снега, летом во время затяжных дождей глубина и ширина ручья значительно увеличивается) **Цвет** у воды светло – желтый, вкуса и запаха не имеет.

рН воды ручья Горячий – 8,6 слабощелочная полезные свойства щелочной воды помогают телу в избавлении от продуктов распада: шлаков и токсинов.

Концентрация минеральных веществ - 0 дистиллированная вода.

Концентрация частиц пыли PM_1 – частицы размером <1 мкм. Примеры: пыль, частицы, образующиеся при сгорании*, бактерии и вирусы. $PM_{2,5}$ – частицы размером <2,5 мкм. Примеры: пыльца, споры и другие органические частицы. PM_{10} – частицы размером <10 мкм. Примеры: пыль и органические частицы большего размера.

Исследовали воздух возле ручья Горячий концентрация частиц пыли зависит от времени суток. В утренние часы и днем концентрация частиц пыли минимальное PM_1 -4,6; $PM_{2,5}$ -6,4; PM_{10} – 7; Это объясняется тем, что в нашем поселке нет производства выбрасывающее в воздух вредные вещества, транспортная дорога проходит за поселком. Повышение концентрации частиц пыли происходит в вечерние часы, когда люди начинают топить печи (отапливаются дровами). PM_1 – 65, $PM_{2,5}$ -110, PM_{10} -129. В воздух выбрасывается продукты горения: углекислый газ, азот, пары воды, окись углерода, сернистый газ. При горении древесины твердыми частицами в дыме является сажа (углерод).

Заключение.

Я продолжу дальше изучать ручей. Проведу в летний период очистку берегов ручья от бытового и производственного мусора. Буду следить за источниками загрязнения и устранять их. Создам брошюру о правилах поведения у ручья для жителей поселка.

Список использованных источников

1. Мельхеев Н. Восточно -Сибирское издательство. Происхождение географических названий Иркутской области, 2022 г
2. Википедия. Свободная Энциклопедия [Электронный ресурс]: <http://wikipedia.ru/>

ВЛИЯНИЕ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Цыбуля Рината Романовна.

*Руководитель: Гросс Екатерина Александровна
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»*

Природа Солнца и его значение для нашей жизни - неисчерпаемая тема. О его воздействии на Землю люди догадывались еще в глубокой древности, в результате чего рождались легенды и мифы, в которых Солнце играло главную роль. Оно обожествлялось во многих религиях. Исследование Солнца -- особый раздел астрофизики со своей инструментальной базой, со своими методами.

Но зачем уделять так много внимания изучению активности Солнца? Ответ заключается в том, что наше дневное светило оказывает огромное влияние на землю и на земную жизнь. Увеличение интенсивности так называемого "солнечного ветра" - потока заряженных частиц, испускаемых Солнцем, может вызвать не только прекрасные полярные сияния, но и возмущения в магнитосфере земли - Магнитные бури - которые влияют не только на оборудование, что может привести к техногенным авариям, но и непосредственно на здоровье человека. Причем не только физическое, но и психическое. В периоды максимума, например, учащаются случаи самоубийств. Активность солнца влияет так же на урожайность, рождаемость и смертность, и многое другое.

Объект: солнечная активность.

Предмет: влияние солнечной активности на здоровье человека.

Цель работы: выявить влияние солнечной активности на здоровье человека.

Задачи:

-Дать характеристику Солнцу.

-Изучить научную литературу об активности солнца и его влиянии на человека.

-Дать определение понятию здоровье.

-Определить факторы, влияющие на изменение самочувствия человека и выявление основных типов недомогания, вызванных солнечной активностью.

-Предложить рекомендации поведения человека при повышенной солнечной активности.

Мы привыкли видеть звёзды маленькими светящимися точками в ночном небе, однако, наше яркое дневное солнце тоже является звездой. Солнце - это звезда в центре Солнечной системы. Это массивный горячий шар плазмы, раздутый и нагреваемый в результате реакций ядерного синтеза в его ядре. Нашему Солнцу примерно 5 миллиардов лет. За это время оно почти не изменило своих размеров и светимости. Огромное хранилище и генератор химических элементов.

Нашему Солнцу примерно 5 миллиардов лет. За это время оно почти не изменило своих размеров и светимости. Огромное хранилище и генератор химических элементов. Как же оно устроено?

Начнём с самого начала. В центральной части Солнца находится источник его энергии, или, говоря образным языком, та печка, которая не дает ему остыть. Эта область называется ядром.

Здесь температура достигает 15 миллионов градусов, где и происходит выделение энергии. Сразу вокруг ядра начинается зона лучистой передачи энергии. Через неё энергия от ядра переходит к конвективной зоне, а потом и к поверхностным слоям - солнечной атмосфере. Нижний слой называется фотосферой, температуру которого мы воспринимаем, равная 6000 градусов. Иногда на поверхности фотосферы видны более темные области - пятна. Постепенно фотосфера переходит в более разреженные слои атмосферы - хромосферу и корону. Первая видна при затмениях в виде тонкого яркого розового кольца вокруг диска Луны. Так же во время затмений можно увидеть некое подобие арок или фонтанов, это выбросы звёздного вещества, которое носят название протуберанцы.

Помимо протуберанцев на поверхности Солнца происходят взрывы - хромосферные вспышки, что, как и пятна, и протуберанцы являются проявлением солнечной активности. Следом за хромосферой идёт область протяженностью в миллионы километров - корона. Её отчетливо можно видеть при затмениях, как светлые длинные лучи. Именно корона и является последней зоной в солнечной атмосфере. Состоит солнце примерно на $\frac{3}{4}$ водорода, на $\frac{1}{4}$ из гелия, с небольшой добавкой (примерно 2%) более тяжелых элементов.

Следствием сильных солнечных вспышек, является появление магнитных бурь в одной из защитных оболочек Земли, магнитосфере. Ударные волны и выбросы солнечной плазмы после вспышек сильно возмущают магнитосферу Земли, вызывают магнитные бури. Характеристикой этого процесса является индекс магнитной возмущенности. Он показывает среднесуточную эквивалентную амплитуду вариации магнитного поля Земли и измеряется в нанотеслах. Существует семь градаций, характеризующих состояние магнитного поля Земли: спокойного поля, до очень большой магнитной бури.

Солнце освещает и согревает нашу планету, без этого была бы невозможна жизнь на ней не только человека, но даже микроорганизмов.

Солнце - главный (хотя и не единственный) двигатель происходящих на Земле процессов. Но, не только тепло и свет получает Земля от Солнца. Различные виды солнечного излучения и потоки частиц оказывают постоянное влияние на её жизнь. Солнце посылает на Землю электромагнитные волны всех областей спектра от многокилометровых радиоволн до гамма-лучей. Которые оказывают огромное влияние на здоровье человека.

При попытке определить, что такое здоровье, возникают немалые методологические трудности. Здоровье – одно из основополагающих понятий медицины и экологии человека, синтетический индикатор качества жизни. В ряде определений, преимущественно медицинского характера, здоровье традиционно рассматривалось как отсутствие заболеваний и внешних дефектов, т. е. состояние, характеризующееся оптимальным приспособлением человека к окружающей среде.

Согласно современному определению, принятому ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний или физических дефектов.

Нетрудно видеть, что в данном определении здоровье выступает как идеализированная категория, стремление к достижению его максимального уровня становится важной человеческой ценностью. Иначе говоря, болезни – это, безусловно, отсутствие здоровья, но здоровье – это нечто большее, чем простое отсутствие болезней.

Здоровье – сложная, многоплановая категория. В литературе употребляются, в зависимости от подхода, такие понятия: здоровье вида, здоровье популяции, здоровье населения, здоровье народа, здоровье человека, здоровье индивидуума, здоровье личности, здоровье семьи. В каждом случае понятие здоровья наполняется новым содержанием. Так, здоровье населения не может рассматриваться как сумма здоровья отдельных людей, составляющих население.

Понятие здоровья можно рассматривать в трех уровнях:

1) Общественный уровень — характеризует состояние здоровья большого контингента населения, например города, страны или всего народонаселения Земли.

2) Групповой уровень — обусловлен спецификой жизнедеятельности людей, составляющих семью или коллектив, т. е. людей, объединенных профессиональной принадлежностью или условиями совместного проживания.

3) Индивидуальный уровень — на этом уровне человек рассматривается как индивидуум, этот уровень определяется генетическими особенностями данного человека, образом жизни и т. п.

Каждый из рассмотренных уровней здоровья тесно связан с двумя остальными.

На бытовом уровне человеку свойственно придавать преувеличенное значение медицине и лекарствам, возлагая ответственность за свое здоровье на медицину, и недооценивать значение своих вредных привычек и образа жизни. В то же время следует иметь в виду, что человек сам отвечает за свое здоровье, медицина лишь иногда способна исправить ошибки человека в отношении к своему здоровью

В последние десятилетия, особенно на постсоветском пространстве, в послеперестроечный период общее настроение людей таково, что им свойственно преувеличивать значение экологического неблагополучия как причины болезней. Причиной этого является изменение отношения к экологической информации, значительно большая открытость и прозрачность в данной сфере.

Можно сказать, что если человек здоров, то выполняются следующие условия:

1 Основные функции организма на различных уровнях организации (целостный организм, органной, тканевой, клеточный, субклеточный) характеризуются динамическим равновесием в пределах статистических норм, выявленных в результате соответствующих медико-биологических исследований.

2 Способность к адаптации к данным условиям внешней среды: поддерживается динамическое равновесие организма и его функций в конкретных условиях внешней среды.

3 Человек полностью социально адаптирован, способен выполнению своих социальных функций и развитию.

4 Организм способен приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям внешней среды, способен поддерживать гомеостаз и обеспечивать разностороннюю деятельность.

Но как же влияет солнечное излучение на здоровье человека?

Солнечные лучи обладают способностью нагревать наружные ткани человеческого организма это происходит под действием инфракрасного излучения. Инфракрасные лучи проникают на 2-3 сантиметра в ткани и очень активно воздействуют на кровеносные сосуды, которые расширяются и усиливают кровообращение в коже и подкожно-жировой клетчатке. Благодаря этому активизируются окислительно-восстановительные процессы в этих тканях. Ультрафиолетовое облучение повышает активность защитных механизмов, оказывает десенсибилизирующее действие, нормализует процессы свертывания крови, улучшает показатели липидного (жирового) обмена. Под влиянием ультрафиолетовых лучей улучшаются функции внешнего Дыхания, увеличивается активность коры надпочечников, усиливается снабжение миокарда кислородом, повышается его сократительная способность.

Применение ультрафиолетовых лучей в лечебных целях при хорошо подобранной индивидуальной дозе и четком контроле дает высокий терапевтический эффект при многих заболеваниях.

Позитивное действие светила на человека, по мнению ученых, связано с обменом серотонина и выработкой в коже витамина D ответственного за позитивный настрой. Поэтому в солнечные дни люди становятся более жизнерадостными и легкими на подъем. Повышенная возбудимость и агрессия, возникающие в жару, объясняются сверхвыработкой серотонина.

К сожалению, солнечный свет приносит и вред. Также как и с любыми другими лекарствами, передозировка приводит к отрицательному эффекту. Долгое пребывание на солнце оказывает разрушающее воздействие на кожу. В этом виноват все тот же ультрафиолет.

Александр Леонидович Чижевский внес большой вклад в изучение влияния Солнца на возникновение эпидемических заболеваний. Результаты этих исследований имеют особую ценность: ведь он работал с материалом тех эпох, когда медицина еще не умела бороться ни с чумой, ни с холерой, ни с тифом. Проведенные исследования показали, что наиболее пагубно на больных действует буря в начальный период. Анализ многочисленных медицинских данных вывел также сезонный ход ухудшения здоровья во время магнитных бурь; он характеризуется наибольшим ухудшением в весеннее равноденствие, когда увеличивается число и тяжесть сосудистых катастроф (в частности инфарктов миокарда).

Во время магнитных бурь проявлялись субъективные симптомы ухудшения состояния больных, учащались случаи повышения артериального давления, ухудшалось коронарное кровообращение, что сопровождалось отрицательной динамикой ЭКГ. Исследования показали, что в день, когда на Солнце происходит вспышка, число случаев инфаркта миокарда увеличивается. Оно достигает максимума на следующий день, после вспышки (примерно в 2 раза больше по сравнению с магнитоспокойными днями). В этот же день начинается магнитосферная буря, вызванная вспышкой.

Проведенные исследования показали, что наиболее пагубно на больных действует буря в ее начальный период. Анализ многочисленных медицинских данных вывел также сезонный ход ухудшения здоровья во время магнитных бурь; он характеризуется наибольшим ухудшением в весеннее равноденствие, когда увеличивается число и тяжесть сосудистых катастроф (в част постии, инфарктов миокарда).

Следует знать, что витамин D обладает мощным противоопухолевым действием и ему нет в этом равного. Он способен предотвращать и вылечивать рак легких, кишечника, простаты и, как ни парадоксально, кожи. С пищей мы не получаем этот витамин в достаточном количестве, а потому нам столь необходим солнечный свет. Регулярные солнечные ванны по 15 минут без защитного крема (он лишает кожу возможности вырабатывать витамин D) полезны для здоровья.

Недостаток витамина D сегодня это глобальная медицинская проблема, которая затрагивает более 1 миллиарда человек во всем мире.

Недостаток витамина D может явиться причиной:

- мышечной и суставной боли;
- роста случаев инфаркта, инсульта, сердечной недостаточности, рассеянного склероза;
- увеличения риска развития рака толстой кишки, простаты, молочной железы
- увеличения веса;
- нарушение сна;
- развития сезонной депрессии.

Как сохранить здоровье человека в период магнитных бурь? Мы уже все давно знаем существуют неблагоприятные дни в месяце. Врачи предупреждают, во время магнитных бурь наблюдается ухудшение состояния людей страдающих психическими заболеваниями. В это время увеличивается число несчастных случаев и травматизма на транспорте. Центральная и вегетативная нервная системы очень чувствительны к геофизическим явлениям.

Чтобы не реагировать на метеоусловия, необходимо постоянно укреплять иммунитет. Можно применять медикаментозными средствами предписанные врачами, но и не забывать заниматься физкультурой, правильно организовать режим работы и отдыха, питание.

Было проведено анкетирование среди студентов первых курсов медицинского колледжа с целью выявления информированности о влиянии солнечного излучения на жизнь и здоровье человека.

В результате проведенного анкетирования были получены следующие результаты:

На первый вопрос анкеты “Как вы считаете, влияет ли солнечная активность на людей?” 98% ответили “Влияет”, 2% ответили “Не влияет” (приложение 1).

На второй вопрос “Как вы считаете, влияет ли переизбыток солнца на поведение человека?” 90% ответили “Вызывает улучшение настроения”, 10% ответили “Вызывает агрессию и раздражение” (приложение 2).

На третий вопрос анкеты “Наиболее неблагоприятные действия бурь в магнитной сфере земли приходится, по вашему мнению, на ...” 50% ответили “Сердечно-сосудистую систему”, 45% ответили “Нехватку сна” и 5% ответили “Не влияет на человека”.

На четвертый вопрос “На что влияют солнечные пятна?” 8% ответили “Не влияют”, 75% ответили “Резкие осложнения течения заболеваний сердечно-сосудистой системы” и 17% ответили “Не знаю”.

На последний вопрос “Какой витамин вырабатывается только на солнечном свету?” 12% ответили “Витамин А”, 0% ответили “Витамин В” и 88% обучающихся ответили “Витамин D”.

Большинство опрошенных людей считают, что солнечная активность влияет на человека, что является верным, солнечная активность влияет на жизнь и здоровье людей.

На вопрос «влияет ли переизбыток солнца на поведение людей?» большинство ответило, что переизбыток солнца вызывает улучшение настроения. Это является не верным, переизбыток солнца вызывает повышение агрессии и раздражимости.

Большинство людей знают, что действие бурь в магнитосфере Земли приходится на сердечно-сосудистую систему, что является верным, некоторые считают что они отрицательно влияют на сон, несколько человек считают что бури в магнитосфере Земли не влияют на человека.

25% опрошенных людей не знают на что влияют солнечные пятна, другие 75% разделилась на тех кто считает верно, что происходят резкие осложнения течения заболеваний сердечно-сосудистой системы, их большинство, и тех кто считают что солнечные пятна никак не влияют на человека.

Практически все знают какой витамин вырабатывается только на солнечном свету, это витамин D, незначительная часть считают что это витамин А.

Проанализировав результаты анкетирования можно сделать вывод, что большинство обучающихся студентов первых курсов знакомы с влиянием солнечного излучения на жизнь и здоровье человека, но необходимо и в дальнейшем информировать студентов.

В связи с этим можно предложить рекомендации по поведению на Солнце и при солнечных вспышках.

1. Находитесь под прямыми лучами солнца не больше 20-30 минут.
2. Не смотрите на солнце без специальных приборов, это может повредить ваши глаза.

3. На день открывайте шторы на окнах.

4. Принимайте витамин D если не можете проводить достаточно времени на солнце.

5. Чтобы легко и безболезненно пережить магнитную бурю дома, при- готовьте себе настой, чтобы избежать противной головной боли, которая пре- следует многих людей во время магнитной бури. В домашних условиях сделать его можно следующим образом: 1 ст. ложки крапивы нужно залить 1 ст. кипят ка, затем накройте крышкой и дайте настояться 10 мин. Принимать его нужно по 2 ст. ложки 3-4 раза в день.

6. Влияние магнитной бури поможет вам смягчить второй рецепт, полезный для здоровья и более актуальный летом, конечно. Но, все же. Сорвите трисвежих листа подорожника, залейте их кипятком, примерно полстакана и накройте плотно крышкой. Настаивать сей целебный чудо напиток нужно чуть более часа. Затем разделите на три равные части и принимайте в течение дня.

В результате своей работы я выяснила, что процессы, происходящие на Солнце, оказывают огромное влияние на здоровье и жизнь человека, причем наблюдаются не только положительные результаты, но и негативные тоже. В первую очередь, человек подвергается влиянию такого параметра, как солнечные пятна. Так же на состояние человека оказывают не менее сильное воздействие солнечные вспышки и магнитосферные бури.

Таким образом, о поддержании общей устойчивости организма к неблагоприятным факторам надо заботиться постоянно, а не только в дни повышенной солнечной активности. Это означает выполнение целого комплекса закаливающих процедур, физических упражнений, соблюдение принципов здорового питания.

Список использованной литературы.

1. Владимирский Б.М.; Темурьян Н. А.; Мартынюк В. С. Космическая погода и наша жизнь. / Владимирский Б.М.; Темурьян Н. А., Мар- тынюк В. С. - М.: Век 2, 2020.- 224 с.
2. Влияние солнца на здоровье. <https://feminamed.ru/articles/vliyanie-solntsa-na-zdorove/>
3. Кауров Э. Человек. Солице и Магнитные бури." *Астрономия*". РАН, 19.01.2000г. http://science.ng.ru/astronomy/2000-01-19/4_magnetism.html
4. Колжиков В. А.; Оводенко А. М. Солнце и его влияние на жизнь Земли. / Колжиков В. А.; Оводенко А. М. Уникальные исследования XXI века. 2019.-С. 85-92.
5. Косидовский, Зенон. Когда солнце было богом / Зенон, Косидовский; [пер. с пол. А. В. Лоевского]. - 2-е изд.- М.: Наука, 1991. - 333,
6. Краткие сведения о Солнце <https://www.sao.ru/hq/sun/edu/sun-edu.html>
7. Мирошниченко Л. И. Солнечная активность и Земля Мирошниченко. Л. И. М.: Наука, 1981. 144 с.: ил.; 20 см.
8. Наука.ру <https://eee-science.ru/item-work/2019-445/>
9. Российская академия наук. Сибирское отделение. <http://ru.iszf.irk.ru/%D0%93%D0%B5%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D>
10. Солнце и его влияние на человека. <https://rushoros.ru/blog/polezno-znat/solntse-i-ego-vliyanie-na-organizm-cheloveka/>

МЕДИЦИНСКИЙ ВЗГЛЯД НА НЕТРАДИЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АСПИРИНА

Шерер Анастасия Владимировна

Руководитель: Старцева Татьяна Александровна

Аспирин, будучи недорогим и эффективным средством, быстро набрал популярность. Сначала лекарство продавалось в виде порошка, с 1904 года — уже в форме таблеток, а с 1915 года — без рецепта. Как безрецептурный препарат аспирин не утратил своей популярности и в настоящее время: аспирин используется не только в медицинских целях, но и широко применяется в быту.

Цель нашей исследовательской работы: повышение информированности населения о последствиях отрицательного влияния на здоровье человека при нетрадиционном применении аспирина.

Для достижения цели были выдвинуты **задачи**:

1. Анализ исторических фактов открытия и применения аспирина.
2. Изучение степени популярности применения аспирина в качестве консерванта для овощей.
3. Проведение качественного анализа состава рассола огурцов, законсервированных разными способами.
4. Получение доказательств отрицательного влияния аспирина при использовании его в качестве консерванта.

АСПИРИН – это ацетилсалициловая кислота, белое кристаллическое вещество, применяется как жаропонижающее, противовоспалительное, антиревматическое и антиагрегантное средство. Считается, что ацетилсалициловая кислота впервые была синтезирована на основе коры дерева ивы. Своё название она получила от красивоцветущего кустарника спиреи, также содержащего салицилин.

В форме, пригодной для медицинского применения, в 1897 году в лаборатории компании Вауегетил салициловую кислоту создал немецкий химик Феликс Хоффманн. Аспирин на сегодняшний день является самым продаваемым средством во всем мире.

Для оценки популярности нетрадиционного применения аспирина была разработана анкета. Всего анкетированием охвачено 52 человека, из которых 61% - жители города (Рис.1).

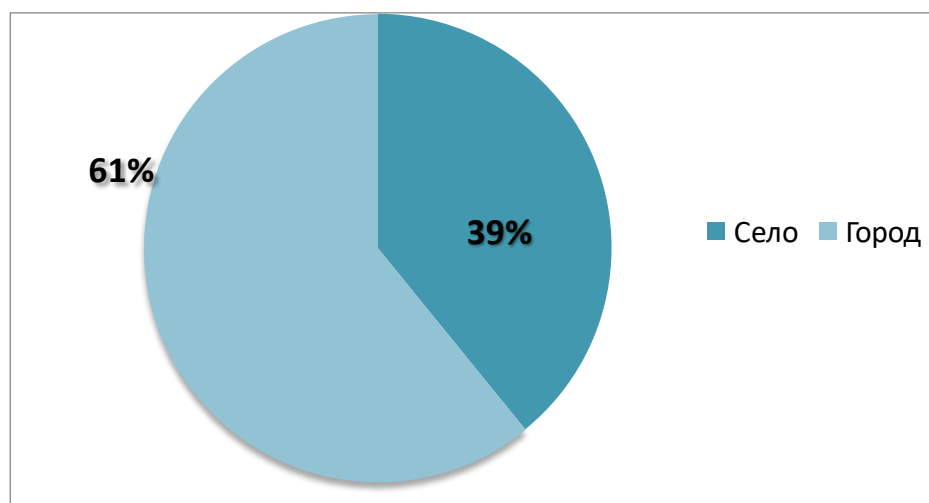


Рисунок 1 - Характеристика респондентов

75% респондентов – женщины. Возраст опрошенных от 17 до 48 лет, преобладает группа лиц от 17 до 20 лет (Рис.2).

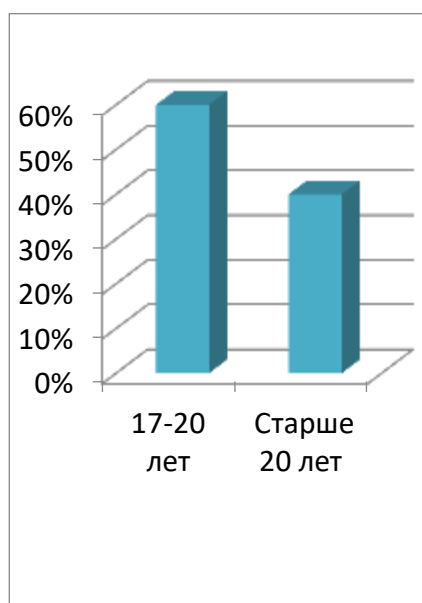


Рисунок 2 - Возрастные группы респондентов

В ходе анкетирования установлено, что всех выделенных возрастных группах отмечается нетрадиционное применение аспирина в быту: для нанесения маски на лицо, в состав которой входит аспирин, для консервирования огурцов и арбузов, для чистки чайников от накипи. Анализ анкетирования показал, что огурцы, консервированные с аспирином вкуснее (94,2 % респондентов); 75% респондентов считают, что они дольше хранятся; дешевле – 51,9 %; могут вызывать аллергию, а также отравление (11, 5% опрошенных, среди которых 62% мужчины. Без аспирина (с уксусной или лимонной кислотой) традиционно консервируют 36,6% респондентов. 78,8% указали на наличие неприятного резкого запаха уксуса при консервировании.

В ходе исследования была проведена оценка денежных затрат на разные способы консервирования. Информация о ценах была получена в интернет –магазинах. Средняя цена на аспирин (20 таблеток по 500 мг) – 33 руб., 70% уксусную эссенцию (0,18л) – 178 рублей и уксус пищевой 9% (1л) – 100 рублей. При консервировании на 3-х литровую банку необходимо добавить 1 чайную ложку эссенции (2 рубля 10 копеек) или 125г уксуса 9%, а аспирина – 2-3 таблетки (от 3 рублей 30 копеек).

Результаты анализа органолептических свойств огурцов приведены в таблице 1.

Таблица 1. Оценка органолептических свойств огурцов

Показатель	Без аспирина	С аспирином
Цвет рассола	Светло-зеленый	Бесцветный
Прозрачность рассола	Прозрачный	Прозрачный
Вкус	Солено-кисло сладкий	Специфический Сладко-солёный
Тургор плодов	Твердые, хрустящие	Твердые, хрустящие, ядреные
Запах(качественная оценка)	Уксусно-пряный	Пряный, очень приятный
Запах (количественная оценка)	2 балла	2 балла

Огурцы, законсервированные с применением аспирина, отличаются специфическим сладко-соленым вкусом с пряным запахом и прозрачным рассолом.

При консервировании огурцов вместо уксуса добавляют 2-3 таблетки аспирина по 500 мг на 3 литровую банку. Стерилизуют или заливают 2-3 раза кипящим рассолом, помещая до полного остывания «под шубу».

Кислотность рассола огурцов определялась на рН-метре марки рН-150МИ.

рН = 3,24 при температуре 22⁰С рассола с аспирином, рН = 3,04 при температуре 22⁰С с уксусом (кислее).

При термической обработке из аспирина образуется салициловая кислота, а из нее – фенол (Рис.3,4)

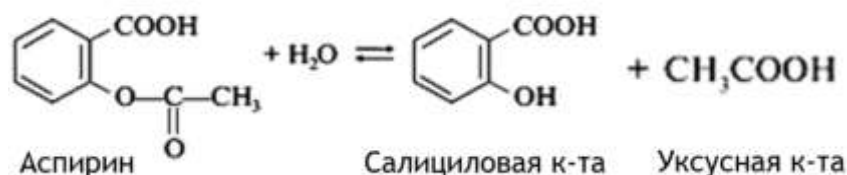


Рисунок 3 - Гидролиз Аспирина с образованием уксусной и салициловой кислот

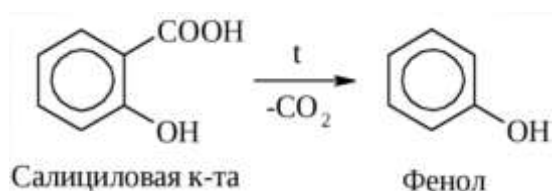


Рисунок 4 - Образование фенола из салициловой кислоты при термической обработке

Теоретически при 100% выходе по уравнению реакции в 2 стадии из двух таблеток Аспирина при консервировании образуется 0,76 г салициловой кислоты, при нагревании из которой получается 0,51 г фенола. 100% -го выхода в домашних условиях не добиться. Даже при очень низком 20% выходе теоретически образуется 102 мг фенола.

Для подтверждения полученных данных была проведена качественная реакция на фенол с раствором FeCl₃ (хлорид железа 3-х валентный). Контрольный раствор был получен в ходе лабораторного моделирования процесса стерилизации огурцов с применением Аспирина: добавление соли, сахара (согласно рецепта), нагревание на водяной бане водяной бане при температуре <100° С в течение 30 минут после закипания. На следующий день провели качественную реакцию на фенол с раствором FeCl₃. Появление яркого фиолетового окрашивания говорит о наличии фенола (Фото1).



Фото 1 - Контрольная проба (наличие фенола)

Исследуемая проба рассола огурцов, законсервированных с применением аспирина дала бледно-фиолетовое окрашивание, что доказывает наличие фенола в рассоле с аспирином (Фото2).



Фото 2 – Исследуемая проба (следы фенола)

В рассоле без аспирина (консервирование с уксусом) фиолетового окрашивания не наблюдалось.

Фенол относится к соединениям II класса опасности. ПДК его паров составляет 0,1 мг/м³, в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования составляет 0,001 мг/дм³.

Условно-безопасной суточной дозой считается 0,6 мг/кг. Смертельные отравления возникают при вдыхании смесей, которые содержат более 3,7 мг/л.

Исследования показали избирательное накопление фенола в печени, где интенсивно идут процессы его обезвреживания. Чем выше концентрация токсина в крови, тем серьезнее последствия фенольного отравления для человека. При попадании на кожу вызывает ожоги, при воздействии на дыхательные пути вызывает симптомы отравления-слабость, тошноту, головные боли. При постоянной работе с веществами, содержащими фенол, нарушается работа печени. При длительном вдыхании или при попадании внутрь вызывает паралич мускулатуры, онкологические заболевания. Фенольное загрязнение ухудшает качество воды, делает ее непригодной для использования.

Термическое воздействие на аспирин недопустимо. Необходимо помнить о том, что нельзя заливать кипятком следующие лекарственные средства: Упсарин УПСА и Аспирин-С.

Рекомендации для населения по безопасному консервированию овощей:

- Тщательно готовьте овощик консервированию, внимательно прочитав рецепт. Обратите особое внимание, если в рецепте есть химические вещества и, тем более, лекарственные средства.
- Традиционные способы консервирования овощей проверены веками, с опаской относитесь к модным новшествам.
- Используйте лекарственные средства по назначению, следуя рекомендациям врача.

Без вреда для здоровья нетрадиционное применение аспирина возможно для чистки раковин, чайников и устранения засоров в трубах.

Выводы. Проверено временем, что традиционное лекарственное средство АСПИРИН широко используется как противовоспалительное, антиревматическое и антиагрегантное средство. Доказано опытным путем *наличие вредных продуктов* химической реакции термического воздействия на водный раствор аспирина и при использовании его в качестве консерванта.

Список использованных источников

1.Валова, В. Д. Аналитическая химия и физико-химические методы анализа / Валова (Копылова) В. Д. - Москва : Дашков и К, 2021. - 200 с. - ISBN 978-5-394-01301-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785394013010.html> (дата обращения: 26.05.2023). - Режим доступа : по подписке.

2. Харитонов, Ю. Я. Аналитическая химия : учебник / Ю. Я. Харитонов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-7075-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470756.html> (дата обращения: 26.01.2024). - Режим доступа : по подписке.

3. Федеральная служба в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека: официальный сайт. – Москва. - URL: <https://www.rospotrebnadzor.ru> (дата обращения: 25.05.2023). - Текст: электронный.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТИЧЕСКИХ НОРМ ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПАЦИЕНТУ

*Абдуллаева Эвелина Гамлетовна,
Руководитель: Солодова Оксана Анатольевна,
БПОУ ОО «Медицинский Колледж»*

Здоровье населения связано непосредственно с готовностью медицинского персонала вовремя оказать медицинскую помощь. При этом далеко не каждая медицинская организация может похвастаться сплоченностью коллектива, командностью духа, собранностью и благоприятной атмосферой медицинских работников [2].

В ходе трудового процесса нередко можно столкнуться с разногласиями по различным вопросам и убеждениям сотрудников и пациентов. Мелкие споры и издержки решаются мирным путем. Однако если протест сторон становится явным, и люди не могут найти точек компромисса, возникает конфликт. Противоречия у медицинских работников могут иметь самые худшие последствия: негативная атмосфера среди персонала, беспорядок в медицинской документации, сбой в работе всего отделения, а значит несвоевременное оказание медицинской помощи, снижение ее качества и эффективности [1].

В данной работе я попытаюсь рассмотреть проблему возникновения нарушения этических норм медицинского работника по отношению к пациенту. Медицинские сестры - основное звено в цепочке оказания медицинской помощи пациентам. Именно они первыми оказывают доврачебную помощь, принимают пациента при поступлении в медицинскую организацию, совершают манипуляции по указанию врача, проводят большую часть времени с больным, пытаюсь уменьшить болевые ощущения, привести в норму показатели работы организма и поддержать оптимальное качество жизни [5].

Цель работы: На основании исследования причин, частоты возникновения и способов нарушения этических норм медицинского работника в коллективе БУЗОО ГК «БСМП № 1» разработать мероприятия по предупреждению и устранению нарушений этических норм в среде сестринского персонала по отношению к пациентам.

Задачи исследования:

1. Изучить социально-психологический климат в коллективе медицинских сестер и выявить основные причины конфликтных ситуаций среди сестринского персонала и пациентов.
2. Оценить уровень отношения медицинского работника к пациенту.
3. Разработать мероприятия, направленные на благоприятные этические нормы поведения медицинского работника.

Объект исследования: БУЗОО ГК «БСМП № 1», коллектив медицинских сестер.

Мною проведена оценка социально-психологического климата в коллективах медицинских сестер БУЗОО ГК «БСМП № 1» г. Омска и изучен уровень этических норм поведения сестринских кадров. БСМП № 1 является больницей по неотложной и скорой

медицинской помощи. Эта медицинская организация имеет 12 отделений и более 800 человек сотрудников.

Возраст опрошиваемых мною медицинских сестер находится в диапазоне от 25 до 55 лет. Стаж их работы в сфере здравоохранения варьирует в пределах от 1 до 30 лет. Тем самым можно сделать вывод о том, что некоторый персонал совсем недавно вошёл в профессию медицинской сестры.

Для изучения социально-психологического климата в коллективе медицинских сестер и выявить основные причины конфликтных ситуаций, мною была разработана анкета для опроса (Таблица 1).

Таблица 1. Анкета для медицинского работника

	Название вопроса	Варианты ответа
1.	Оцените уровень своей конфликтности:	Не конфликтен Имею склонность конфликтовать с людьми Имею ярко выраженную конфликтность
2.	Как вы считаете, с какими причинами, факторами возникновения конфликтов чаще всего в своей профессиональной деятельности сталкивается медицинская сестра:	Объективными Организационно-управленческими Социально-психологическими Личностными
3.	Какие виды конфликтов вам встречаются чаще всего в профессиональной деятельности (выберите один ответ):	Между врачом и медсестрой Между медсестрами Между врачом и пациентом Между пациентом и медсестрой Между пациентами Между медицинским персоналом и родственниками пациента
4.	Как часто возникают конфликты между медицинскими сестрами и пациентами?	Ежедневно Часто Редко Практически не возникают



Диаграмма 1- Уровень конфликтности

Проведя анкетирование пациентов, мною было выявлено: 60 % респондентов считают себя не конфликтными, а 40 % имеют склонность к конфликтам. Это говорит о том, что медицинский работник, который склонен к конфликтным ситуациям, способен нарушать этические нормы поведения.

Проведя анкетирование пациентов, мною было выявлено: 90 % медицинских работников считают, что личностные факторы способствуют возникновению конфликтов, и только 10 % считают, что конфликты возникают из-за организационно – управленческих факторов. Это говорит о том, что большинство медицинских работников способны к конфликтным ситуациям на рабочем месте.

Как вы считаете, с какими причинами, факторами возникновения конфликтов чаще всего в своей профессиональной деятельности сталкивается медицинская сестра:



Диаграмма 2- Причина конфликтов

Какие виды конфликтов вам встречаются чаще всего в профессиональной деятельности



Диаграмма 3- Частый вид конфликтной ситуации в проф. деятельности

Проведя анкетирование пациентов, мною было выявлено: что чаще всего конфликтные ситуации происходят между медицинским персоналом и родственниками пациентов. Это говорит о том, что медицинский персонал не умеет предотвращать конфликтные ситуации и нарушает этику.

Как часто возникают конфликты между медицинскими сестрами и пациентами?



Диаграмма 4- Как часто возникают конфликтные ситуации

Проведя анкетирование пациентов, мною было выявлено: конфликтные ситуации возникают редко.

Выводы: проведя анкетирование медицинских работников, можно сказать о том, что медицинский персонал имеет конфликты и не соблюдает этику на рабочем месте.

Для оценки уровня отношения медицинского работника к пациенту, мною была разработана анкета для опроса (Таблица 2).

Таблица 2. Анкета для пациента

	Название вопроса	Варианты ответа
1.	Как Вы оцениваете отношение к Вам медицинского работника? (Приложение 1)	С вниманием и участием Не очень внимательно, с безразличием

		С раздражением С грубостью
2.	Были ли Вы очевидцем конфликта между пациентом и медицинским работником? (Приложение 2)	Да Нет
3.	Нарушалась ли в отношении лично Вас конфиденциальная информация? (Приложение 3)	Да Нет
4.	Была ли у Вас возможность поговорить о ваших проблемах с медицинским персоналом? (Приложение 4)	Да, определенно Да, в некоторой степени Нет Меня ничего не беспокоило



Диаграмма №4 - Отношение медицинского работника к пациенту

Проведя анкетирование пациентов, мною было выявлено: что 78 % пациентов считают, что к ним было отношение с вниманием и участием. Это говорит о том, что медицинский персонал выполняет хорошо свою работу и не оставляет пациентов без внимания.



Диаграмма №5 - Возникновение конфликта между пациентом и медперсоналом

Проведя анкетирование пациентов, мною было выявлено: 70 % пациентов являлись свидетелями конфликтных ситуаций между медперсоналом и пациентом. Это говорит о том, что медицинские работники не соблюдают этику по отношению к пациентам.

Проведя анкетирование пациентов, мною было выявлено: в отношении большинства не было нарушение в конфиденциальности информации о здоровье и о диагнозах. Это свидетельствует о том, что медицинские работники не нарушают медицинскую тайну.



Диаграмма № 6 -Нарушение конфиденциальной информации



Диаграмма №7 - Обсуждение проблемы пациентов с медработником

Проведя анкетирование пациентов, мною было выявлено: у большинства пациентов не было возможности поговорить о своих проблемах. Респонденты считали, что медицинский персонал занят и у нет времени обсудить проблемы пациента.

Выводы: проведя анкетирование пациентов, можно сказать о том, что они являлись свидетелями нарушения этики медицинского персонала, в силу своей загруженности рабочими обязанностями – не имели возможность поговорить с пациентами о их проблемах.

Заключение

Нарушение этических норм медицинскими работниками имеют весомое значение в процессе деятельности медицинской организации. В ходе выполнения должностных обязанностей медицинским работникам, а в частности медицинским сёстрами, невозможно избежать столкновения мнений и взглядов на определённые действия. При зарождении нарушений руководящему составу отделений необходимо вовремя заметить и предотвратить нарастание. Если же этические нормы нарушаются, то нужно попытаться разрешить их на ранних этапах. В постконфликтном периоде руководитель должен найти способы улучшения социально-психологического климата внутри коллектива и внедрить меры профилактики по предупреждению подобных ситуаций. Необходимо иметь полноценный кадровый состав, чтобы медицинские работники не были перегружены работой и имели возможность больше уделять внимание пациентам. Проводить мастер – класс с привлечением психологов на тему: «Этика и деонтология медицинского работника» [3].

Мною было проведено анкетирование медицинского персонала и пациентов. Были выявлены нарушения этических норм. Сами медицинские работники считают, что склонны к конфликтным ситуациям.

Практические рекомендации

1. В процессе отбора и найма кадров на должность медицинской сестры использовать специальные методики, ориентированные не только на оценку квалификации работника, но и учитывающие его личностные характеристики, такие как умение управлять собой, эмоциональная стабильность, уровень конфликтности, преобладание сотрудничества над другими стилями поведения в регулировании конфликтов [3].

2. Руководителю проводить периодические собрания с медицинскими сестрами с обсуждением проблем, касающихся их работы. При любом возникшем конфликте использовать разработанный алгоритм действий, направленный на своевременное полное разрешение конфликтной ситуации.

3. Совместно с руководителем медицинской организации организовать обучение медицинских сестер, имеющих повышенный уровень конфликтности, методикам психологической саморегуляции (арт-терапия, психологические тренинги, техники релаксации во время рабочего дня).

4. Создать кодекс этики и служебного поведения работников БУЗОО ГК «БСМП № 1», который будет включать правила поведения сотрудников, перечень корпоративных мероприятий, описаний традиций организации и т.д.

Список использованных источников

1. Белова М.М. «Стороны конфликта - это... Интересы сторон конфликта» // Психология. – 2022. - №12. – С. 1-2
2. Полева Т.Н., Моргаева Н.Ю. Межличностные конфликты в медицинском трудовом коллективе // VI Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум». – М., 2023 – С. 4-6 5.
3. Предупреждение конфликтов. Как избежать конфликта? Психология конфликта. – Электрон.изд. - // Режим доступа к изд.: <https://businessman.ru/new-preduprezhdenie-konfliktov-kak-izbezhat-konfliktapsixologiya-konflikta.html>
4. Чечнева И.А., Островская И.В. Управление конфликтами в сестринских коллективах//VIII Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум». – М., 2023 – С. 1-2 3.
5. Щёкин Г.В. Организация и психология управления персоналом – М.: МАУП, 2022.- 832 с. 4.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

*Барбие Екатерина Ивановна, Шулико Яна Александровна,
Руководитель: Андриенко Валерия Анатольевна,
КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»*

Репродуктивное здоровье является важнейшей частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека. Репродуктивное здоровье касается личных и в высшей степени ценных аспектов жизни. Являясь отражением качества здоровья в детском и подростковом возрасте, поддерживая воспроизводство, оно также создает основу для обеспечения здоровья по прошествии репродуктивных лет жизни, как женщин, так и мужчин, и определяет последствия, передаваемые от поколения к поколению. Охрана репродуктивного здоровья населения России является важнейшей государственной задачей, реализация которой определяет необходимость оптимизации организационных форм и качества медицинской помощи [1, с. 3].

Проблема сохранения репродуктивного здоровья молодёжи приобретает особую актуальность в современном обществе. Исследования подтверждают, что тенденция ухудшения здоровья молодёжи, в частности репродуктивного, в последние годы приняла устойчивый характер.

Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье

Факторы оказывают разрушающее действие на репродуктивное здоровье:

- вредные привычки (курение, в том числе кальянные смеси, наркомания, злоупотребление алкоголем, токсикомания);
- инфекции, передаваемые половым путем;

- экологический фактор (загрязнение атмосферы, воды, почвы, пища с ГМО и пестицидами);
- радиации, облучение;
- беспорядочное половое поведение;
- проживание в эндемических районах;
- аборты;
- социальные факторы.

Немалая часть проблем и вопросов в сфере репродуктивного здоровья возникает с низким уровнем информированности у населения в данной области.

Социально-гигиеническая грамотность в вопросах репродукции включает в себя информированность населения о зачатии, средствах и методах контрацепции, беременности и родах, аборте и о его негативных последствиях, ЗППП, а также и адекватность использования контрацепции, планирования семьи в целом. Чем выше уровень грамотности подростков в вопросах репродукции, тем ниже риск появления проблем в репродуктивном здоровье населения [1, с. 7].

Негативные последствия раннего начала половой жизни

К негативным последствиям раннего начала половой жизни, в первую очередь подразумеваем возможность заражения инфекциями, передаваемыми половым путем и раннее наступление нежелательной беременности.

В России проблема ИППП представляется более значимой по следующим обстоятельствам:

- меняющаяся в последние годы модель сексуального поведения населения (беспорядочная, ничем и никем не ограниченная половая связь со многими партнёрами, ранее начало половой жизни);
- низкая санитарная культура в обществе (неправильные представления о сути «безопасности» сексуальных отношений, недостаточная информированность об ИППП населения, несвоевременная обращаемость в медицинские учреждения) [2].

Вторая проблема, которой приводит ранняя половая жизнь – ранняя беременность. В наши дни это явление достаточно распространенное, это угроза и для юной мамы, и для будущего малыша. Несмотря на то, что молодой организм уже физиологически способен выполнять репродуктивную функцию, органы и системы подростка еще не вполне сформировались. Это может вызвать многочисленные осложнения при вынашивании ребенка, и непосредственно во время родов.

Анализ анкетирования студенток КГБПОУ «Благовещенского медицинского техникума»

На 2 этапе написания работы, была разработана анкета и проведено анкетирование студенток КГБПОУ «Благовещенского медицинского техникума», с целью выявления уровня информированности о неблагоприятных факторах, влияющих на репродуктивно здоровье.

В анкетирование приняли участие 22 студентки.

Вопрос 1. Ваш возраст (см. Рисунок 1 - Возраст).

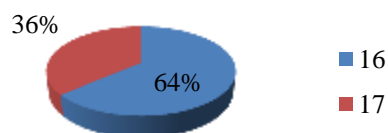


Рисунок 1 - Возраст

Вопрос 2. Живете ли Вы половой жизнью? (если да, то с какого возраста), (см. Рисунок 2 - Живете ли Вы половой жизнью).



Рисунок 2 - Живете ли Вы половой жизнью

Вопрос 3. Какие контрацептивные средства Вы знаете? (см. Рисунок 3 - Контрацептивные средства).

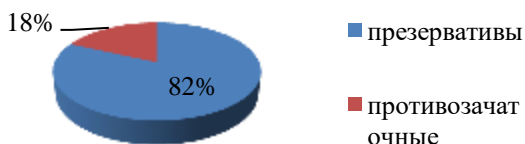


Рисунок 3 - Контрацептивные средства

Вопрос 4. Используете ли Вы контрацептивы? (см. Рисунок 4 - Использование контрацептивов).

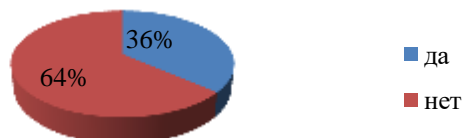


Рисунок 4 - Использование контрацептивов

Вопрос 5. В данное время какому виду контрацепции вы отдаете предпочтение: комбинированные оральные контрацептивы, внутриматочные спирали, презервативы, свой вариант (см. Рисунок 5 - Предпочтение виду контрацептива).



Рисунок 5 - Предпочтение виду контрацептива

Вопрос 6. Какие ИППП (инфекции, передаваемые половым путем) Вы знаете? (см. Рисунок 6 - Инфекции передающиеся половым путём).



Рисунок 6 - Инфекции передающиеся половым путём

Вопрос 7. Влияют ли ИППП на возможность иметь детей? (см. Рисунок 7 - Влияние ИППП на возможность иметь детей).

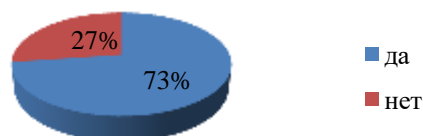


Рисунок 7 - Влияние ИППП на возможность иметь детей

Вопрос 8. Влияют ли ИППП на здоровье будущего ребенка? Если «да», то как? (см. Рисунок 8- Влияние ИППП на здоровье будущего ребенка).

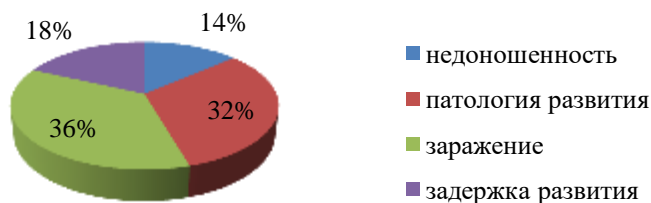


Рисунок 8 - Влияние ИППП на здоровье будущего ребенка

Вопрос 9. Необходимо ли будущим родителям вести подготовку к рождению ребенка? Какую? (см. Рисунок 9- Подготовка к рождению ребенка).

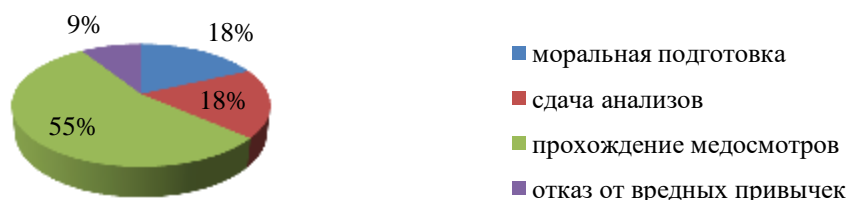


Рисунок 9 - Подготовка к рождению ребенка

Вопрос 10. От чего, на ваш взгляд, зависит рождение у вас здорового ребенка? (см. Рисунок 10- От чего зависит рождение здорового ребенка).



Рисунок 10 - От чего зависит рождение здорового ребенка

Вопрос 11. Назовите факторы, разрушающие репродуктивное здоровье (см. Рисунок 11- Факторы разрушающие репродуктивное здоровье).



Рисунок 11 - Факторы разрушающие репродуктивное здоровье

Вопрос 12. Назовите факторы, помогающие сохранить репродуктивное здоровье (см. Рисунок 12- Факторы, помогающие сохранить репродуктивное здоровье).

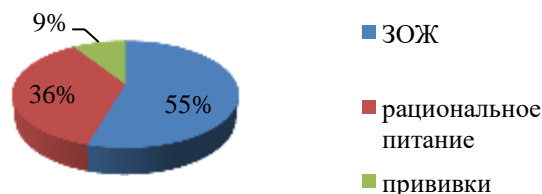


Рисунок 12 - Факторы, помогающие сохранить репродуктивное здоровье

Вопрос 13. Когда, по вашему мнению, нужно начинать формирование репродуктивного здоровья? (см. Рисунок 13 - Формирование репродуктивного здоровья).



Рисунок 13 - Формирование репродуктивного здоровья

Вопрос 14. Какой, по Вашему мнению, оптимальный возраст для рождения первого ребенка? (см. Рисунок 14 - Оптимальный возраст для рождения первого ребенка).

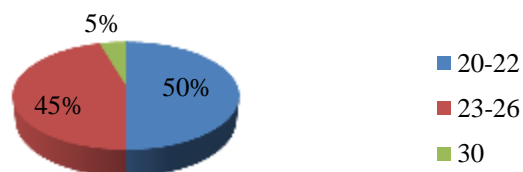


Рисунок 14 - Оптимальный возраст для рождения первого ребенка

Вопрос 15. Хотите ли Вы детей и сколько? (см. Рисунок 15 – Желание иметь детей).

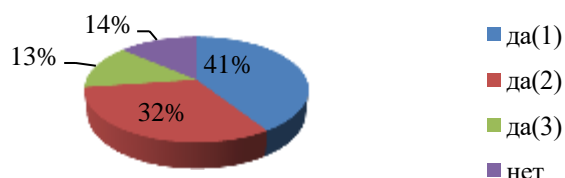


Рисунок 15 - Желание иметь детей

Возраст опрошенных составил 16-17 лет. На вопрос о видах контрацепции опрошенные дали всего 2 ответа «Презервативы» и «Противозачаточные», это может говорить о плохой осведомлённости студенток о различных видах контрацепции.

Из 22 студенток 9 (41%) живут половой жизнью с 16-17 лет, из них 8 используют такой метод контрацепции, как «Презервативы» и 1 из опрошенных не предохраняется. На вопрос об осведомлённости о инфекциях передающихся половым путём опрошенные написали всего 4 заболевания ВИЧ, СПИД, сифилис и гонорея.

На 7 вопрос «Влияют ли ИППП на возможность иметь детей?» 16 (73%) опрошенных ответили «Да», 6 (27%) опрошенных ответили «Нет». Все опрошенные сошлись на мнении, что ИППП влияют на здоровье будущего ребёнка, данные заболевания могут привести к патологиям развития, задержке развития и недоношенности.

На вопрос о необходимости будущим родителям вести подготовку к рождению ребёнка все опрошенные ответили «Да» и уточнили, что именно по их мнению необходимо делать: прохождение медосмотров, сдача анализов, морально подготовиться к рождению малыша, отказаться от вредных привычек. Следующий вопрос был «От чего, на ваш взгляд, зависит рождение у вас здорового ребенка?» опрошенные дали следующие ответы: вести здоровый образ жизни, важно здоровье партнёров и правильное питание.

На вопросы о разрушающих и помогающих сохранить репродуктивное здоровье факторов опрошенные выделили разрушающие факторы такие как вредные привычки и ранняя половая жизнь, а помогающими факторами считают рациональное питание и прививки. Исходя из данных ответов можно сделать вывод, что студентки недостаточно осведомлены о факторах, которые могут повлиять на репродуктивное здоровье как отрицательно, так и положительно.

Вопрос 13 «Когда, по вашему мнению, нужно начинать формирование репродуктивного здоровья?» опрошенные выделили два возрастных периода «Подростковый возраст» и «Дошкольный возраст». На вопрос об оптимальном возрасте рождения первого ребёнка 11 (50%) опрошенных ответили 20-22 года, 10 (45%) 23-26 лет и 1 (5%) 30 лет. Исходя из ответов на вопрос 15 можно сделать вывод, что большинство опрошенных 19 студентов хотят детей из них 9 (41%) хотят одного ребёнка, 7 (32%) хотят двух детей и 3 (13%) планируют троих детей.

Методы сохранения репродуктивного здоровья

1. Не упустите время;
2. Следите за собственным весом;
3. Будьте активными;
4. Делайте прививки;
5. Не пренебрегайте барьерными контрацептивами;
6. Избегайте абортов;

7. Следите за состоянием нервной системы и психическим здоровьем;
 8. Бросайте вредные привычки;
 9. Регулярно посещайте гинеколога и уролога.
- Не занимайтесь самолечением! [3].

Список использованных источников

1. Роль акушерки в охране репродуктивного здоровья девушек-подростков. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://e-lib.kazangmu.ru/files/bibl/VKR/144-17.pdf#:~:text=Репродуктивное%20здоровье%20является%20важнейшей%20частью,передаваемые%20от%20поколения%20к%20поколению> – Заглавие с экрана. – (Дата обращения 05.04.2024).
2. Киясов И.А., Хузиханов Ф.В. Современные тенденции заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, и пути ее профилактики. // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 2 – С. 54.
3. 15 советов, как избежать бесплодия. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://altravita-ivf.ru/stati/15-sovetov-kak-izbezhat-besplodiya.html> – Заглавие с экрана. – (Дата обращения 07.05.2024).

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Балчый Шолбана Мергеновна
Руководитель: Иргит Шолбана Чичин-ооловна.
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность данной работы заключается в том, что гастроэнтерологические заболевания в современном обществе являются чрезвычайно распространенными и склонными к хроническому течению.

Болезни органов пищеварения в России занимает 3 место в структуре общей заболеваемости. Также смертность от гастроэнтерологических причин в России занимает 3 место после сердечно-сосудистых и онкологических болезней.

Цель: оценка доступности лекарственного обеспечения гастроэнтерологических препаратов

Задачи:

1. Изучить научную литературу, связанной с гастроэнтерологическими заболеваниями и лекарственными препаратами.
2. Провести опрос о заболеваниях органов пищеварения и лекарственных средствах.
3. Проанализировать статистику данной темы.
4. Сделать анализ и выводы по проделанной работе.

Объект исследования: оценка доступности лекарственного обеспечения гастроэнтерологических препаратов.

Предмет исследования: процесс изучения лекарственных препаратов, применяемых при гастроэнтерологических заболеваниях.

Респонденты в количестве – 98 (студенты РМК).

Гипотеза: Заболеваемость органов пищеварения имеют тенденцию к возрастанию ежегодно и лекарственные средства доступны для их лечения.

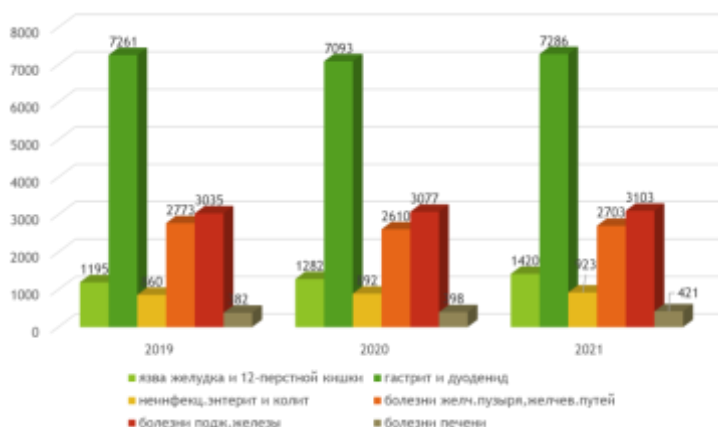
Методы исследования:

- Научно-теоретический
- Статистический

- Аналитический

Научная новизна: в современных условиях, учитывая ситуацию в мире, произведены расчеты терапии гастроэнтерологических заболеваний по оригинальным и дженерикам лекарственных препаратов.

Анализ гастроэнтерологических заболеваний в РТ по данным МЗ РТ (абс.числа): с 2019 по 2021 гг.



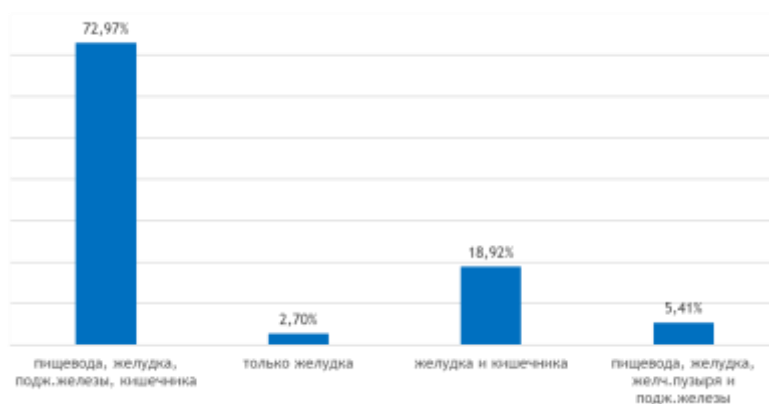
Для практической части я создала опросник на платформе «Анкетолог» и отправила по группам в социальной сети Viber.

По результатам опроса 98 учащихся ГБПОУ РТ «РМК» - потребителей ГЭЛП, был составлен социально-демографический профиль потребителя.

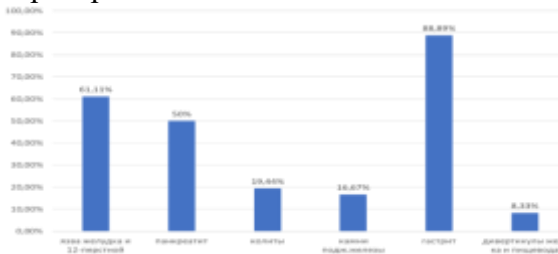
Из респондентов большинство женщины, не состоят в браке, не имеют доход, в возрасте до 35 лет.

Знания опрошенных респондентов о ГЭЗ:

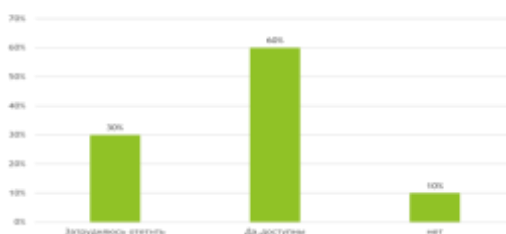
Заболевания ЖКТ – это группа заболеваний, связанный с поражением (%):



Как вы считаете, наиболее распространенными заболеваниями ЖКТ являются(%):



Доступны ли вам в приобретении гастроэнтерологические препараты? (%):



Доступность гастроэнтерологических препаратов группы: Антациды(%)



*шкала оценивания от 0 до 4 баллов

Лекарственный препарат	Эффективность	Доступность в цене
Алмагель (суспензия)	4,1	4,3
Ренни (табл)	4,2	3,1
Гастал (табл)	3,7	3,5
Фосфалюгель (гель, пакетики)	3,6	3,4

Доступность гастроэнтерологических препаратов группы: Пищеварительное



ферментное средство(%)

*шкала оценивания от 0 до 4 баллов

Лекарственный препарат	Эффективность	Доступность в цене
Мезим форте (табл)	4,1	4,2
Креон (капсулы)	4,0	1,6
Микразим (капсулы)	4,4	1,9
Фестал (драже)	3,6	4,1

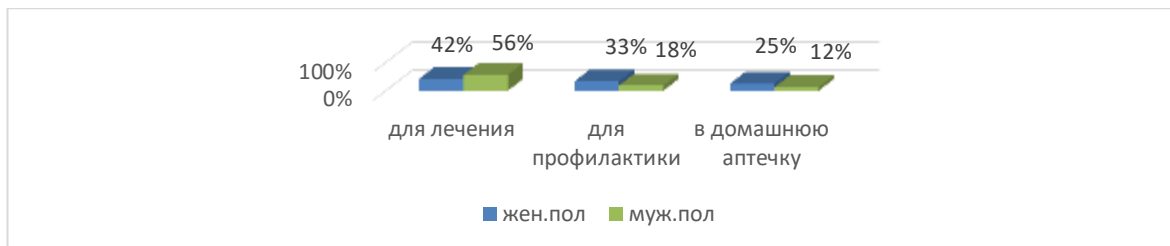
Доступность гастроэнтерологических препаратов группы: Пробиотики (%)



*шкала оценивания от 0 до 4 баллов

Лекарственный препарат	Эффективность	Доступность в цене
Бифидумбактерин (порошок)	3,7	4,2
Линекс (капсулы)	3,5	2,6
Аципол (капсулы)	3,1	2,8
Бифиформ (капсулы)	3,9	1,8

Гендерные особенности потребительского поведения по цели приобретения ГЭЛП:



Причины, побуждающие потребителя к покупке ГЭЛП:



Предпочтения потребителей в выборе лекарственных форм ГЭЛП:



Стандартные схемы терапии:

Лечения гастрита:

Омез 20 мг x 1раза в день
 Кларитромицин 500 мг x 2
 Амоксициллин 1000 мг x 2
 Длительность – 14 дней.

Лечение неспецифического язвенного колита:

Салофальк 500 мг x 3 – 2 мес.
 Омез 20 мг x 2
 Тримедат 200 мг x 3 1 мес.
 Креон 10.000ЕД x 3
 Альфа-нормикс 200 мг x 2 - 7 дн.

Фармакоэкономический анализ лечения гастрита:

Оригинальные препараты (референты):(Указаны среднерыночные цены)

- ✓ Омез 20 мг, 30 шт– 199 руб ;.
- ✓ Кладид 500 мг, 14 шт– 960 руб ;.
- ✓ Амоксиклав 1000 мг, 14 шт –465 руб ;.

Длительность лечения – 14 дней.

3049 руб.

Дженерики :):(Указаны среднерыночные цены лекарств)

- ✓ Омепразол 20 мг, 30 шт – 67 руб ;.
- ✓ Кларитромицин 250 мг, 10 шт– 214 руб ;.
- ✓ Амоксициллин 500 мг, 16 шт– 110 руб ;.

Длительность лечения – 14 дней.

1791 руб.

Фармакоэкономический анализ лечения неспецифического язвенного колита:

Оригинальные препараты (референты):

- ✓ Салофальк 500 мг, 100 шт – 1700р.;. – 2 мес.
- ✓ Омез 20 мг, 30 шт.– 199р.;
- ✓ Тримедат 200 мг, 30 шт– 775р.;. 1 мес.
- ✓ Креон 10.000ЕД, 50 шт– 832р.;
- ✓ Альфа-нормикс 200 мг, 28 шт-1852р.;.- 7дн

8807 р.

Дженерики (воспроизведенные):

- ✓ Салофальк 500 мг, 50 шт– 428 р.;. – 2 мес.
- ✓ Омепразол 20 мг, 30 шт.– 67р.;
- ✓ Тримебутин 200 мг, 30 шт– 466р.;. 1 м.
- ✓ Панкреатин 20 шт.– 69р.;
- ✓ Альфаксим 200 мг, 20 шт– 833р.;

4422 р.

Вывод: Проанализировав статистику гастроэнтерологических заболеваний замечено тенденция увеличения из года в год. Из респондентов большинство женщины, не состоят в браке, в возрасте до 35 лет. По результатам респондентов видно, что из антацидных средств большую доступность имеет Альмагель, меньшую – Фосфалюгель; из пищеварительных ферментных средств большинство пользуются Мезим форте, меньше – Фесталом; из пробиотиков почти все на одном уровне доступности. Большинство респондентов предпочитают препараты в форме таблеток и капсул, меньше- в виде раствора. Гастроэнтерологические лекарственные препараты доступны пациентам согласно анкет.

Заключение: Болезни органов пищеварения остаются актуальной проблемой клинической медицины. Во всем мире ежегодно увеличивается количество людей, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями. Доступность гастроэнтерологических лекарственных препаратов способствует минимизации осложнений болезней органов пищеварения, а лекарственные средства доступны для их лечения.

Гипотеза подтверждена и доказана.

Список использованных источников

1. Бейли Э.С., Койвума Н.М. Гастроэнтерология. 2018. М.: ГЭОТАР-Медиа. 704 страницы.
2. Дубинина Е.Е., Козлов Р.С. Клиническая гастроэнтерология. Москва: МИА. 2019. 368 с.
3. Зайнутдинов Р.А., Вилисов В.Е. Диагностика и лечение хронических гастроэнтерологических заболеваний. Практическое руководство. 2017. СПб.: Невский Диалект. 240 с.
4. Смирнова О.В., Беляков А.А., Попова И.Б. и др. Анализ доступности пробиотиков в аптечной сети России. Журнал фармакологии. 2016; 4(1): 12-18.

Интернет-ресурсы:

1. <https://miactuva.ru/>
2. <https://niioz.ru/news/bolezni-organov-pishchevareniya/>
3. <https://data.who.int/ru>
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostiki-i-lecheniya>

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕДИКУЛЕЗА

Белых Алексей Денисович

Руководители: Романова Татьяна Александровна

Рубцова Ирина Владимировна

КГБПОУ «Лесосибирский медицинский техникум»

В настоящее время широко распространенными паразитами человека, которые служат переносчиками возбудителей ряда опасных заболеваний: эпидемического сыпного тифа, возвратного тифа, волынской лихорадки являются вши. В отличие от целого ряда заболеваний, которые человечество практически победило, педикулез прошел сквозь века, и проблема заражения людей вшами до сих пор остается актуальной.

По данным ВОЗ педикулезом ежегодно заболевают миллионы человек во всем мире. По данным Роспотребнадзора в России ежегодно регистрируется тысячи пораженных педикулезом, из которых более 75% выявляется в детских дошкольных и общеобразовательных учреждениях, при госпитализации больных в лечебно-профилактические учреждения.

В 2020 году в период с января по июнь – 89239, в 2022 году – 160000, в 2023 году – 164000. Наибольшее количество зарегистрированных случаев в Москве, Санкт-Петербурге, Крыму, Краснодарском крае, Алтайском крае.

В Красноярском крае в прошлом году был зафиксирован 421 случай, а также отметим что на сайт краевого Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в управление Роспотребнадзора по Красноярскому краю часто обращаются жители края с вопросами о головном педикулезе (вшивости).

Мы знаем, что залогом эпидемиологического благополучия населения является активная деятельность всего медицинского сообщества, направленная на профилактику и лечение инфекционных заболеваний, в том числе педикулеза.

Учитывая вышесказанное, целью работы мы определили изучение деятельности медицинской сестры в профилактике педикулеза.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

- Изучить нормативную и медицинскую литературу по проблеме исследования.
- Разработать анкету и провести анкетирование респондентов с целью определения уровня информированности о профилактике педикулеза.
- Разработать план и провести мероприятия, направленные на информированность населения о методах профилактики педикулеза.

Объект исследования – Профилактика педикулеза

Предмет исследования – Деятельность медицинской сестры дошкольного образовательного учреждения в профилактике педикулеза.

Гипотеза – регулярно проводимые медицинской сестрой санитарно-просветительские мероприятия повысят уровень информированности родителей по вопросам профилактики педикулеза.

Методы исследования

1. библиографический
2. статистический
3. социологический.

Первым этапом нашей работы было изучение нормативной и медицинской литературы по теме исследования.

На основании полученных теоретических знаний, нами была составлена анкета и проведено анкетирование родителей детей детского сада № 54 «Золушка», с целью определения уровня их информированности о заболевании педикулёзом и методах его профилактики.

Всего в опросе приняли участие 20 человек.

Анкета

1. Знаете ли вы о таком заболевании как педикулез? (Да, нет, затрудняюсь ответить)
2. Знаете ли вы, какую опасность представляет педикулез? (напишите свой вариант ответа)
3. Знаете ли вы способы передачи вшей? (напишите свой вариант ответа)
4. Сталкивались ли вы, или члены вашей семьи с данным заболеванием? (Да, нет)
5. Знаете ли вы, какие виды педикулеза существуют? (напишите свой вариант ответа)
6. По каким признакам можно определить педикулез? (напишите свой вариант ответа)
7. Какие средства борьбы с педикулёзом вы знаете? (напишите свой вариант ответа)
8. Знаете ли вы методы профилактики педикулеза? (напишите свой вариант ответа)
9. Считаете ли вы, что при возникновении заболевания, необходимо сразу обратиться в медицинское учреждение?

Анкетирование показало следующие результаты: Родители знают о самом заболевании, но недостаточно какую опасность представляет собой педикулез. Положительным является то, что все респонденты указали основной способ передачи от человека к человеку. Анкетирование показало, что 15 из 20 человек сталкивались с данным заболеванием. Большинство опрошенных знают о видах педикулеза, но не знают об осложнениях. Достаточно неплохие знания респонденты показали о признаках педикулеза. Родители отметили зуд кожи головы и наличие вшей и гнид. По мнению 5 респондентов стрижка (бритье) волос является основными средствами борьбы с педикулёзом, остальные выбрали специализированные средства из аптеки и 2 человека не назвали ни одного средства от педикулёза. По вопросу контингента людей, находящихся в зоне риска, большинство ответили, что это неблагополучные семьи и мигранты. Знания о способах профилактики педикулеза у опрошенных были недостаточными. Среди ответов были такие варианты как частое мытьё головы, не нужно общаться с людьми из неблагополучных семей, не стоит ездить в оздоровительные лагеря, а также были те, кто не отметил ни одного способа профилактики. А вот на вопрос «Считаете ли вы что при обнаружении педикулеза нужно обязательно обращаться в медицинское учреждение?» большинство дали отрицательные ответы. В устной беседе мы выяснили, что причиной этому является банальный стыд.

По результатам нашего исследования нами были запланированы и проведены следующие просветительские мероприятия:

1. Информационная лекция с презентацией и видеоролик, в которых освещались вопросы о видах педикулеза, симптоматике, профилактики заболевания.
2. Родителям предоставлены информационные материалы: памятки по профилактике педикулеза.

Разъяснительная работа среди родителей сегодня приобретает особую актуальность. В школах и детских садах имеет смысл использовать для этого родительские собрания, классные часы, где медицинская сестра может предоставить необходимую информацию (презентации, видеоролики, памятки, брошюры).

Выводы:

1. Изучив и проанализировав нормативную и медицинскую литературу, мы определили, что педикулез остается по-прежнему актуальной проблемой здравоохранения, особенно в современных социально-экономических условиях.
2. Анкетирование родителей показало, что у респондентов недостаточно знаний о профилактике педикулеза.
3. По результатам работы были составлены и вручены родителям информационные памятки.

После просветительских мероприятий проведена рефлексия. Родители отметили, что информация была для них полезной, расширила их знания о педикулёзе и подчеркнула

важность и значимость своевременного обращения в медицинскую организацию при возникновении данной проблемы.

В заключение можно сказать наша гипотеза о том, что регулярно проводимые медицинской сестрой санитарно-просветительские мероприятия повысят уровень информированности родителей по вопросам профилактики педикулеза нашла свое подтверждение. Цель нашего исследования достигнута, поставленные задачи решены.

Список использованных источников

1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. (Новая редакция от 24.07.2023 г.)
2. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» от 28.01.2021 г.
3. Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», 2019 г.
4. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52888-2021 "Социальное обслуживание населения. Социальные услуги детям" (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 23 марта 2021 г. N 154-ст)
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2018 г. N 327н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха"

ПРОФИЛАКТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

Букреева Арина Сергеевна

*Руководитель: Валова Оксана Сергеевна
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»*

Ветряная оспа – чрезвычайно контагиозное острое, системное инфекционное заболевание. Возбудитель ДНК-содержащий вирус. В структуре инфекционной заболеваемости занимает второе место, уступая лишь ОРВИ. Наиболее уязвимой категорией по заболеваемости являются дети дошкольного возраста. Тяжелые осложнения ветряной оспы, а также заболевание ветряной оспы новорожденных приводит к летальным исходам. Вирус имеется в организме у 95-97% населения. Заболеваемость ветряной оспой в России самая высокая из всех паразитарных и инфекционных заболеваний. За 2022 год заболели - 570000 людей, а за 2023 год заболеваемость. - 68000000 людей.

Объект: ветряная оспа у детей.

Предмет: профилактика ветряной оспы у детей.

Цель: анализ осведомленности родителей о специфической профилактики ветряной оспы у детей, на базе МБДОУ Детский сад № 27 «Петушок»

Задачи:

1. Рассмотреть вопросы этиологии, патогенеза, клиники, лечения ветряной оспы.
2. Рассмотреть вопросы специфической и неспецифической профилактики ветряной оспы у детей.
3. Провести анализ медицинской документации в ДДУ27.
4. Разработать анкету для родителей.
5. Разработать рекомендации по результатам анкетирования.

Возбудителем является вирус варицелла-зостер (ВВЗ, ВЗВ или герпес 3 типа) – это герпесвирус человека 3 типа (ГВЧ-3)

Он провоцирует два заболевания:

- 1) При первичном инфицировании - ветряную оспу (varicella).

2) При рецидиве заболевания опоясывающий герпес (herpeszoster).

Размер вириона варьирует от 120 до 250 нм. Единственным резервуаром инфекции является человек. В отсутствие иммунитета вероятность заражения при контакте с больным составляет как минимум 90%. Заболеваемость не зависит от пола и расы. Передается воздушно-капельным путем.

В развитии клиники ветряной оспы принято различать 4 периода:

1. Инкубационный период

Длительность инкубационного периода в среднем 2 недели.

2. Продромальный период

Длится 1 день, характерно скарлатино - подобные высыпания, подъем температуры и интоксикация, у детей до года сразу начинается с высыпаний.

3. Период высыпаний

Продолжительность от 2 до 5 суток. Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до 37,5 - 38,5°C, проявлений, интоксикации и развития характерной пятнисто - везикулезной сыпи на коже, слизистых оболочках. Каждое новое высыпание сопровождается повышением температуры тела.

4. Выздоровление

Остаточные изменения кожи в виде рубцов сохраняются в случае расчесов, присоединения инфекции или повреждения глубоких слоев дермы.

Ветряная оспа может оставить после себя следующие последствия:

- ветряночный ларингит;
- ветряночный стоматит
- затруднения при дыхании
- грубый кашель
- охриплость голоса

Вирус способен к:

- поражению серого вещества спинного и головного мозга;
- периферических нервов;
- мягкой оболочке мозга;
- мозжечка.

Профилактику разделяют на: специфическую и неспецифическую.

Неспецифическая профилактика:

1. Заболевший ребенок изолируется от здоровых детей.
2. Детей в возрасте до 7 лет, разобщают с 9-го по 21-й день.
3. Через 10 дней после контакта проводится осмотр контактных в течение 10 дней.
4. Проветривание и регулярная влажная уборка помещений.

Специфическая профилактика - вакцинация.

Во многих странах вакцина от ветряной оспы включена в национальный календарь обязательных прививок, но в Российской Федерации является неуправляемой инфекцией, так как программа обязательной вакцинации введена только в Москве, Екатеринбургской области и Красноярском крае.

Детей начинают прививать с года, используется вакцина «Окавакс» или «Вариприкс». Если используется «Окавакс», то делается один раз, если «Вариприкс» - дважды, с интервалом от полутора до трех месяцев. Вакцина очищена, ее применение не сопровождается какими-либо серьезными осложнениями. Поэтому ее рекомендуют людям, имеющим иммунодефицит, а также тем, кто страдает тяжелыми хроническими заболеваниями. Однако поскольку это вакцина содержит живой вирус, то через одну - две недели после применения возможна реакция в виде повышения температуры и небольшой сыпи.

Базой для проведения статистического исследования является МБДОУ Детский сад № 27 «Петушок». В детском саду на 2023-2024 год 160 детей от 3 до 7 лет.

Согласно статистическим данным из журнала учёта заболеваемости, находящегося в кабинете фельдшера, были выявлены и проанализированы следующие данные: заболевшие дети за 2021 – 2023 года, по возрастным группам.

Таблица 1: Заболеваемость ветряной оспой в д/с №27, по годам и возрастным группам.

	Всего детей	3-4 года	%	4-5 лет	%	5-6 лет	%
2021 год	120	20	26,6	2	24	2	2
2022 год	130	8	15,6	8	10	4	5
2023 год	143	5	10,2	5	7	2	2

В 2021 году в детском саду «Петушок» всего было 120 детей возрастом от 3 до 7 лет. Из них, ветряной оспой, заболели 22 ребёнка разных возрастных групп: от 3 до 4 лет – 20 детей, 5 лет – 2 ребёнка, что составляет 26,6% от общего количества детей, от 3 до 4 лет 24% от числа переболевших, 2 ребенка составляет 2% от числа переболевших.

В 2022 году всего было 130 детей возрастом от 3 до 7 лет. Из них, ветряной оспой, заболели 12 детей разных возрастных групп: от 3 лет – 4 лет - 8 детей переболели, от 5 до 6 лет – 4 ребёнка, что составляет 15,6% от общего количества детей, от 3 лет – 4х лет - 10% от числа переболевших, от 5 до 6 лет составляет 5% от числа переболевших.

В 2023 году всего было 143 ребенка возрастом от 3 до 7 лет. Из них, ветряной оспой, заболели 7 детей разных возрастных групп: от 3 до 4 лет – 5 детей, от 5 до 6 лет – 2 детей, что составляет 10,2% от общего количества детей, от 3 до 4 лет 7% от числа переболевших, от 5 до 6 лет составляет 2% от числа переболевших.

Рассмотрев таблицу, можно прийти к выводу, что наиболее высокий процент заболевших в возрастной группе от 3 до 4 лет.

Для предотвращения случаев заболевания в детском саду на данный момент проводится только неспецифические методы профилактики, а специфическая профилактика отсутствует, т.к. данная вакцина не включена в национальный календарь прививок. Вакцинацию от ветряной оспы родители могут проводить только по своему желанию, поэтому была разработана анкета для выявления осведомленности среди родителей, самой подверженной заражению возрастной группы детей, для определения процента родителей знающих о данной вакцине.

В анкетировании приняли участие 36 родителей, детей возрастной группы с 3х-4х лет. Анкета состояла из следующих вопросов:

1. Знаете ли Вы о таком заболевании, как ветряная оспа?
 - а) да
 - б) нет
2. Знаете ли Вы, что от данного заболевания существует прививка?
 - а) да
 - б) нет
3. Сделали бы Вы ребенку прививку от ветряной оспы?
 - а) если бы знала о ней, тогда да
 - б) ни при каких обстоятельствах
4. Знаете ли Вы об осложнениях данного заболевания?
 - а) да
 - б) нет

На 1 вопрос: ответили «да» - 36 родителей, что составило 100% респондентов.

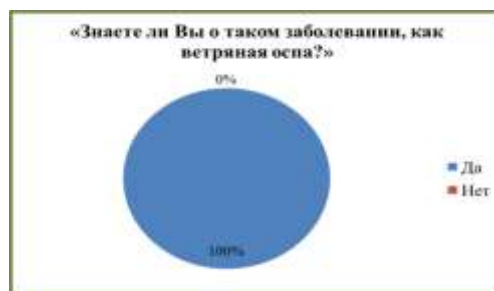


Рис.1

На 2 вопрос: нет - ответили 25 респондентов, что составило 71%, да ответили 15 респондентов, что составило 29%.

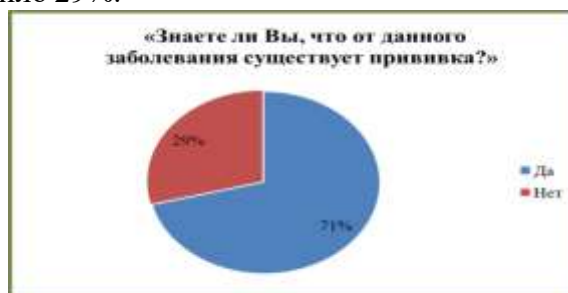


Рис.2

На 3 вопрос: 21 респондент ответил – да, если бы знала о ней, что составило - 60%, 15 респондентов ответили, ни при каких обстоятельствах не сделали бы, что составило 40%.

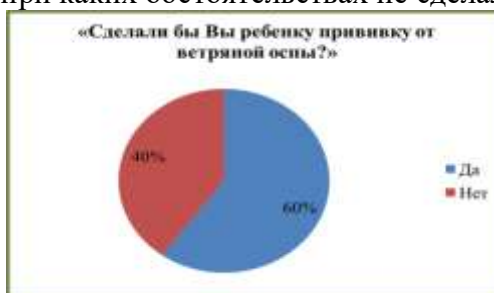


Рис.3

На 4 вопрос: 24 респондент ответил, что знают об осложнении, что составило - 70% родителей, а 12 респондентов ответили - нет, что составило - 30%.

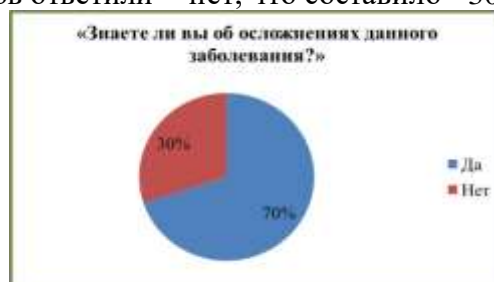


Рис.4

Вывод: в результате данного анкетирования можно говорить, что 71 % родителей детей возрастной группы с 3х – 4х лет, данного дошкольного учреждения не осведомлены о существующей специфической профилактики, но все 100% родителей знают о таком заболевании и 70% родителей известно об осложнениях, а 60% родителей провели бы вакцинацию своему ребенку, если бы знали о ее существовании.

Согласно полученным результатам можно рекомендовать следующие методы просветительной работы для фельдшера детского сада:

1. Проводить индивидуальные просветительные беседы с родителями
2. Проводить тематические беседы на родительских собраниях
3. Приобрести плакаты с информацией о вакцинации ветряной оспы
4. Разработать информационный материал: памятки, буклеты для родителей
5. Разместить информацию о вакцинации от ветряной оспы на сайте детского сада

6. Разработать лекции о специфической профилактике и разместить их в родительских чатах детского сада

Примеры индивидуальных просветительных бесед и тематических бесед на родительских собраниях:

1. Что такое иммунитет
2. Значение вакцинация
3. Понятие осложнения и реакции на прививки
4. Что такое ветрянка
5. Как защитить ребенка от ветряной оспы

Список используемой литературы

1. Анализ заболеваемости ветряной оспой в различные возрастные периоды профессор Хавкина А.В. 2019г. Стр. 200-250
2. Ветряная оспа и опоясывающий герпес Федоров З.Н. 2020г.Стр. 180-200
3. Герпетические инфекции у детей Гудков А.Я. 2021г. Стр.140-160
4. Избранные лекции по инфекционной и паразитарной патологии детского возраста / под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н. профессора Н.В.Скрипченко2020г.
5. Лобзина - СПб.: СпецЛит, 2019г. - 591 с.
6. Кожные болезни, диагностика и лечение 2020г. – Режим доступа: <https://yandex.ru/search/?text=8.%09Хэбиф+Т.+П.+Кожные+болезни%3A+диагностика+и+лечение.+М.+МЕДпресс-информ%2C+2007>.
7. Медицинские учебные пособия 2020г. - Режим доступа: <http://niidi.ru/dotAsset/821b2d75-88b1-49a8-826b-70c6d594acc0.pdf>
8. Осложнения ветряной оспы Акопов А.Л. 2019г. – Режим доступа: <https://medvetryanka.ru/wp-content/issledov/sovrem-aspekty-protivovirusnoy-terapii-vetr-ospy-u-detey.pdf>
9. Оспа ветряная список литературы 2019г. – Режим доступа: <https://totmavologda.ru/ospa-vetrjanaja-spisok-literatury/>
10. Справочник по инфекционным болезням у детей 2019г. – Режим доступа: <https://speclit.su/image/catalog/978-5-299-00503-5/978-5-299-00503-5.pdf>

БИОМЕХАНИКА И ЭРГОНОМИКА В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Булкина Юлия Владимировна,
Руководитель: Корнейчук Нина Владимировна,
КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»*

В наше время медицинские сёстры подвергаются множественным физическим нагрузкам, в результате которых приобретают различные профессиональные заболевания. Многие медицинские сёстры вынуждены не своевременно уйти из профессии из-за возникших проблем со здоровьем, которые возникли в течение многих лет работы. Для того чтобы создать безопасную среду не только пациентам, но и сестринскому персоналу, осуществляющему уход как в условиях различных медицинских организациях, так и на дому, необходимо следовать таким научным дисциплинам как эргономика и биомеханика.

Биомеханикой называется применение принципов механики для эффективного перемещения, изучения движений тела человека.

Биомеханика в медицине изучает координацию усилий костно-мышечного аппарата, нервной системы и вестибулярного аппарата, направленную на поддержку равновесия и обеспечение физиологического положения тела в покое и при движениях. По законам биомеханики движение эффективно, если оно сопряжено с наименьшим напряжением мышц, минимальными затратами энергии и минимальной нагрузкой на скелет. Знание основных законов биомеханики обеспечивает не только сохранение равновесия медсестры и

пациента, но и помогает избежать падений, травм, снижает риск развития заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Медицинским сестрам необходимо помнить, что важно в своей работе исключить такой фактор риска, как чрезмерная физическая нагрузка, связанный с перемещением тяжестей, в том числе пациентов. Это возможно только после специальной подготовки:

- непрерывным обучением;
 - анатомии и физиологии позвоночника человека;
 - изучения причин возникновения болей в спине и знания мер профилактики;
- рабочих мест, их оснащением средствами малой механизации и укомплектованностью штатов;
- в области основ эргономики и знаний законов биомеханики, движений и перемещений человека.

Эргономика — это научная дисциплина, изучающая взаимодействие человека и других элементов системы, а также сфера деятельности по применению теории, принципов, данных и методов этой науки для обеспечения благополучия человека и оптимизации общей производительности системы.

Целью медицинской эргономики как науки является повышение эффективности труда медицинских работников и сохранение их здоровья. Она сформировалась на базе таких дисциплин, как анатомия, физиология, психология.

Медицинская эргономика изучает действия медицинского персонала и пациента в процессе работы:

- скорость освоения ими новой технологии перемещения;
- затраты их энергии;
- производительность и интенсивность труда при конкретных видах деятельности.

В течение многих десятилетий в нашей стране показатели состояния здоровья медицинских работников, продолжительность их жизни отличаются от среднестатистических данных, к сожалению, в худшую сторону.

Труд медицинского персонала, а особенно медицинских сестер связан с высокой интеллектуальной нагрузкой, ответственностью, а иногда требует больших физических усилий и выносливости.

Интенсивное развитие науки и техники приводит к созданию новых технически сложных устройств, используемых современной медициной, что способствует увеличению профессионального риска и порождает новые проблемы гигиены труда медицинских работников.

Актуальность данной темы заключается в том, что в России отмечается один из самых высоких в мире показателей заболеваемости опорно-двигательного аппарата у специалистов сестринского дела. Медицинским сестрам приходится перемещать пациентов, передвигать тяжелое оборудование, переносить тяжести, длительное время находится в вынужденной позе. Длительное влияние неблагоприятных факторов приводит не только к травматизации, но и к заболеваниям позвоночника, суставов нижних и верхних конечностей. Соблюдение правил биомеханики и эргономики значительно облегчают рабочий процесс, снижают риск развития профессиональных заболеваний и позволяет медицинским сестрам дольше оставаться в профессии.

Цель работы заключается в том, чтобы изучить понятия биомеханики и эргономики в сестринской деятельности и определить их значимость.

Для достижения цели выставлены следующие задачи:

1. Изучить роль биомеханики и эргономики в сестринской деятельности.
2. Провести собственное исследование на базе КГБУЗ «Городская больница №3», с целью выявления знаний сестринского персонала о правилах и принципах биомеханики и эргономики.
3. Разработать вопросы и провести анкетирование среди медицинских сестёр.

4. Провести анализ полученных в ходе анкетирования данных и устранить возможный дефицит знаний с помощью проведения мастер-класса среди сестринского персонала.

Гипотеза: соблюдение правил эргономики и биомеханики в сестринской деятельности предотвратят возникновение профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата медицинских сестер.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинских сестер КГБУЗ «Городская больница 3», отделение гериатрии, связанная с перемещением и передвижением пациентов, оборудования.

Предмет исследования: соблюдение правил эргономики и биомеханики в сестринской деятельности

Методы исследования: наблюдение, анкетирование, анализ.

Новизна заключается в разработке вопросов и проведении анкетирования медицинских сестёр, с целью выявления уровня знаний о правилах биомеханики и применения правил эргономики в профессиональной деятельности.

Практическая значимость: проведение мастер-класса с демонстрацией правильного положения медицинской сестры на рабочем месте, по соблюдению правил биомеханики и эргономики при перемещении пациента.

Анализ наблюдений за медицинскими сестрами в ходе их профессиональной деятельности с целью выявления соблюдения правил биомеханики и эргономики

В целях исследовательской работы я осуществляла наблюдение за профессиональной деятельностью медицинских сестер КГБУЗ «Городская больница № 3», города Рубцовск

Отделение гериатрии рассчитано на 50 пациентов. В отделении имеется 26 палат, палаты бывают двухместные, трёхместные и четырёхместные. В отделении работают в одну смену пятеро медицинских сестер: две палатных, процедурная и две младших медицинских сестер. Ежедневная профессиональная деятельность медицинских сестер отделения связана с перемещением тяжелобольных пациентов старческого и пожилого возраста в постели, перемещением с кровати на кресло-каталку и с кровати на каталку для транспортировки больных на исследования. Медицинские сестры испытывают трудности при перемещении тяжелобольных пациентов возможно из-за пренебрежения знаниями в области биомеханики, из-за минимального использования эргономических приспособлений или вовсе не используют их в связи с отсутствием таких, как:

- Макси-Слайд - большая скользящая простыня.
- Макси-Тьюб - скользящая простыня, сшитая в виде рукава или трубы,
- Макси-Трансфер - тонкий скользящий матрасик, сшитый в виде рукава или трубы, размером в человеческий рост.используется для перемещения пациента с одной горизонтальной поверхности на другую.
- Флекси-диск - приспособление, состоящее из двух взаимно вращающихся дисков для перемещения пациента путем поворота. Изготавливается различных материалов. Подкладывается под ступни или ягодицы, а также веревочную лестницу, трапецию («обезьяний шест»), вращающиеся диски, страховочные пояса, подъемники и т.д.

Важно научиться практическим навыкам перемещения пациентов с использованием всех представленных видов оборудования.

К сожалению, таких вспомогательных средств или подъемных устройств в отделении в полном объеме в настоящее время нет. Кроме того, при наблюдении выявила, что при перемещении и при поднятии тяжестей не все медицинские сестры владеют основными принципами биомеханики тела.

Для определения знаний в области эргономики и биомеханики, у медицинских сестер отделения, были разработаны 15 вопросов для анкетирования. В анкетировании приняли участие 14 респондентов: 8 медицинских сестер и 6 младших медицинских сестер гериатрического отделения. Из результатов анкетирования, можно сделать следующие выводы: 100% опрошенных связывают свою профессиональную деятельность с поднятием тяжестей или перемещением пациентов и знакомы с понятиями «Биомеханика» и «Эргономика» (Рисунок 1). Но при этом 20% медицинских сестер не используют правила биомеханики и эргономики при перемещении пациентов, так как испытывают дефицит

знаний в этой сфере. У 90% опрошенных медицинских сестёр возникали проблемы при перемещении пациентов, из-за большого веса пациентов, нехватки эргономических приспособлений (Рисунок 2). У 60% опрошенных медицинских сестёр имеются заболевания позвоночника (остеохондрозы, грыжи, смещение межпозвоночных дисков). 10% респондентов не умеют использовать эргономические приспособления для перемещения пациента в пределах постели таких, как скользящие простыни, «макси-трансфер». 100% опрошенных медицинских сестёр считают, что им необходимо расширить знания по безопасному перемещению пациентов.

Краткий обзор результатов анкетирования медицинских сестер КГБУЗ ГБ №3:

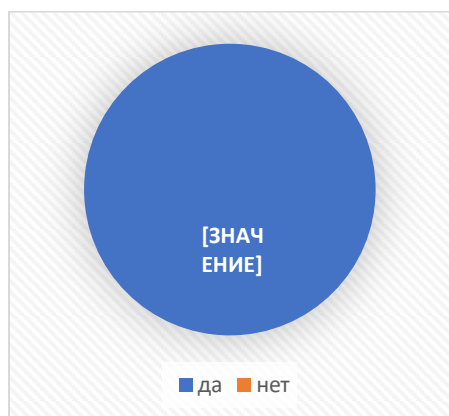


Рисунок 1 - Связана ли ваша профессиональная деятельность с перемещением пациентов или поднятием тяжестей?

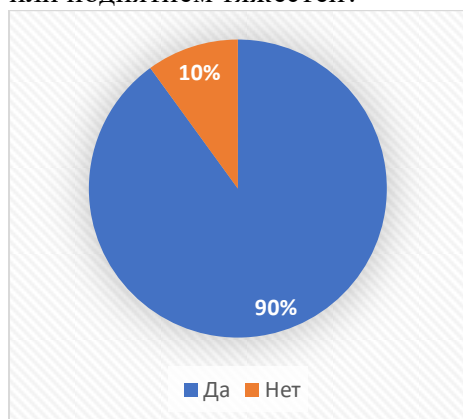


Рисунок 2 - Возникали ли у Вас проблемы со здоровьем из – за неправильного перемещения тяжестей?

С целью устранения выявленного дефицита знаний у медицинских сестер, совместно с руководителем работы был проведён мастер-класс с демонстрацией основных правил биомеханики при перемещении пациента с использованием эргономических приспособлений. Продемонстрирована правильная биомеханика тела при выполнении профессиональных обязанностей. Освещены вопросы организации здоровьесберегающей среды на рабочем месте и эргономическом его оборудовании. Также были сформулированы основные правила, в виде памятки, позволяющие проводить профилактику травматизма у персонала:

1. При любом положении тела устойчивое равновесие обеспечивается тогда, когда центр тяжести проецируется на площадь опоры.
2. При увеличении площади опоры равновесие более устойчиво.
3. При смещении центра тяжести ближе к площади опоры, например, сгибание коленей в положении стоя, равновесие становится более устойчивым.
4. Правильная осанка обеспечивает сохранение равновесия и снижение нагрузки на позвоночник, учитывается физиологичность изгибов позвоночника, положение плечевого пояса и состояние суставов нижних конечностей.

5. Необходимо избегать резких движений, поворотов, наклонов, рывков, разгибаний. Поворот всего тела, а не только плечевого пояса предотвратит опасность смещения позвоночника, особенно когда поворот сопровождается поднятием тяжести.

6. При возможности заменить подъем тяжести перекачиванием, это значительно уменьшает нагрузку на позвоночник.

7. Любые перемещения тяжестей осуществлять на выдохе.

8. Все движения выполнять в среднем темпе.

9. Сохранять правильную позу во время работы, в быту, на отдыхе.

10. Избегать длительного пребывания в одной и той же позе, особенно с наклоном туловища вперед.

11. Воздерживаться от поднятия пациентов вручную. Использовать вспомогательные средства и современные устройства

12. Избегать вертикального поднятия пациента, найти более безопасный способ.

13. Если перемещением пациента заняты два и более человек, то желательно, чтобы они были одного роста.

14. Обувь на высоком каблуке, с ремешками, на пластиковой подошве представляет опасность при перемещении.

15. Никогда не поднимать пациента перед собой, перед коленями, так как придется вытянуть руки.

16. Никогда не поднимать пациента сбоку от себя, так как при этом значительно изгибается позвоночник.

17. Рационально оборудовать рабочее место.

Рекомендации имеют положительный отзыв и будут применяться медицинскими сестрами в их профессиональной деятельности.

Цель работы была достигнута, задачи выполнены в полном объёме, так как удалось доказать, что дефицит знаний о правилах биомеханики и эргономики значительно снижает качество жизни персонала, данный дефицит знаний удалось устранить с помощью проведения практического мастер-класса. Заявленная в начале работы гипотеза была подтверждена полностью.

Список использованных источников

1. Белов А.М., Зайцев В.А., Курмаев З.Ф., Нуруллин И.Ф. Шершунова В.Н., Бухтоярова Л.В. Методики применения ЛФК при остеохондрозе: учебно-методическое пособие / Белов А.М., Зайцев В.А., Курмаев З.Ф., Нуруллин И.Ф. Шершунова В.Н., Бухтоярова Л.В. Казань 2022, - 160 стр.
2. Кулешова Л.И. Е.В. Пустоветова. Основы сестринского дела : курс лекций, медицинские технологии / Кулешова Л.И. Е.В. Пустоветова – Ростов на Дону: Феникс, 2022 – 347 стр.
3. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела: практикум [Текст]/Обуховец, Т.П. -:Издательство «Феникс»,2021.-145с

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ-ПАНДЕМИЯ XXI ВЕКА

Буторина Анастасия Алексеевна

*Руководитель: Толмачева Елена Васильевна, преподаватель
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Эпидемия XXI века – так называют в настоящее время сахарный диабет. Эта проблема мирового масштаба, важность которой с каждым годом приобретает все более угрожающие размеры, несмотря на то, что этому вопросу уделяется все более пристальное внимание.

Сахарный диабет входит в число самых распространенных в мире хронических заболеваний. Заболеваемость сахарным диабетом неуклонно возрастает.

Благодаря выявлению степени осведомленности жителей г. Барнаула по вопросам сахарного диабета, можно определить уровень знаний, а тем самым помочь разобраться, как же защитить себя от пандемии XXI века.

Цель работы: Выявить степень осведомленности жителей г. Барнаула по вопросам сахарного диабета, разработать рекомендации и санбюллетень по его профилактике.

Задачи:

1. Ознакомиться с понятием, статистическими данными по сахарному диабету.
2. Составить анкету о степени осведомлённости по вопросам сахарного диабета и провести анкетирование жителей г. Барнаула.
3. Провести анализ осведомлённости по вопросам сахарного диабета жителей г. Барнаула и систематизировать результаты анкетирования.
4. Разработать рекомендации и санбюллетень по профилактике сахарного диабета.

Объект исследования: жители г. Барнаула.

Предмет исследования: осведомленность жителей г. Барнаула по вопросам сахарного диабета.

Методы исследования: статистический анализ, анкетирование и обработка данных, практический выход.

В ходе проведённого исследования был проведен анализ осведомлённости по вопросам сахарного диабета жителей г. Барнаула и систематизированы результаты анкетирования.

Сахарный диабет - это хроническое эндокринное заболевание, сопровождающееся повышенным уровнем глюкозы в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита гормона поджелудочной железы инсулина.

С целью выявления осведомлённости жителей г. Барнаула по вопросам сахарного диабета была составлена анкета, включающая 14 вопросов. Проведено анкетирование 44 человек. Каждый отвечал на вопросы, и давал утвердительные ответы.

За основу были взяты, **следующие показатели:** Пол, осведомлённость о сахарном диабете, его симптомах и причинах, знания о норме сахара в крови, о симптомах сахарного диабета 1 типа и 2 типа, об основной причине возникновения диабета, об осложнениях при сахарном диабете, о разнице двух видов диабета, нахождение респондентов в группе риска, наличие сахарного диабета у респондентов.

Анализ результатов опроса жителей г. Барнаула показал:

Женский пол составляет 68,2%, мужской 31,8%. Женский пол преобладает. Среди опрошенных 86% осведомлены о сахарном диабете, его симптомах и причинах, 14% не осведомлены. О норме сахара в крови знают 84%, 16% не знают. О симптомах сахарного диабета 1 типа знают 14,5% опрошенных, 85,5% не знают. О симптомах сахарного диабета 2 типа знают 15% опрошенных, 85% не знают. Об основной причине возникновения диабета осведомлены 48% респондентов, 52% не осведомлены. Об осложнениях при сахарном диабете знают 61%, не знают 39%. О разнице двух видов диабета знают 84%, не знают 16%. В группе риска находятся 40,9% респондентов, 59,1% в норме. Сахарный диабет имеется у 22% респондентов, у 78% сахар в норме.

В ходе исследования разработаны рекомендации и санбюллетень (**Рис.1**) для жителей г. Барнаула по профилактике сахарного диабета, которые можно будет использовать для проведения гигиенического воспитания в медицинских организациях г. Барнаула.

Рекомендации по профилактике сахарного диабета

Минимизировать риски развития сахарного диабета, под силу каждому.

1. Откажитесь от рафинированных углеводов и сахара. Основой питания должны стать сложные углеводы и еда, включающая растительные волокна. Предпочтение стоит отдать птице, малокалорийной рыбе, овощам, несладким сокам.
2. Исключите из рациона продукты с огромным количеством искусственных добавок и консервы. Кондитерские изделия замените на более полезные – например, фрукты и овощи.

3. Питайтесь малыми порциями. Пищу стоит тщательно пережевывать, чтобы снять лишнюю нагрузку на органы ЖКТ. Принимать пищу необходимо не менее трех раз в день.
4. Минимизируйте количество пищи, прошедшей термическую обработку.
5. Сделайте воду основным источником поступающей жидкости.
6. Не допускайте дефицита витамина D.
7. Контролируйте свой вес, приведите его в оптимальную норму.
8. Занимайтесь спортом на регулярной основе. Переходите от сидячего к активному образу жизни.
9. Откажитесь от курения.
10. Сохраняйте душевное равновесие, как можно меньше общайтесь с отрицательно настроенными людьми, избегайте стрессовых ситуаций.
11. Своевременно проходите обследование, сдавайте анализы на уровень сахара в крови в течение каждых трех лет, особенно после преодоления возрастной отметки в 45 лет.

Полностью исключить риск, если предрасположенность к сахарному диабету существует, нельзя, однако контролировать факторы, которые способны привести к развитию этой болезни, можно. Если проанализировать свой распорядок дня, вредные привычки, питание, физическую активность, внести в уже привычный образ жизни изменения, то предотвратить развитие заболевания вполне возможно. Главное, приложить максимум усилий, так как от этого зависит сохранность здоровья.

Сахарный диабет!

Сахарный диабет — это заболевание, при котором нарушается обмен веществ из-за недостаточного воздействия инсулина.

Механизм развития

1. Диабет первого типа:
Характеризуется абсолютным дефицитом инсулина, его не хватает для выполнения своей функции. Основные причины дисфункции поджелудочной железы - разрушение бета-клеток иммунной системой.

2. Диабет второго типа:
Этот вид заболевания вызван инсулинорезистентностью. Поджелудочная железа продолжает вырабатывать необходимый гормон, но он не действует.





Общие признаки наличия сахарного диабета

- Частые обильные мочеиспускания
- Постоянное чувство жажды
- Потеря веса
- Повышенный аппетит
- Слабость
- Частые головокружения
- Помутнение зрения
- Плохая заживляемость ран

Профилактика

- Поддерживать оптимальный вес тела
- Быть физически активным (ежедневные физические упражнения снижают степень риска заболевания сахарным диабетом)
- Придерживаться здорового питания и уменьшать потребление углеводов (сахара и др.) и насыщенных жиров
- Воздерживаться от употребления табака;
- Ежемесячно контролировать уровень глюкозы крови (более 6,1 ммоль/л натощак - повод обратиться к врачу)

При первых признаках заболевания необходимо незамедлительно обратиться к врачу.



На развитие сахарного диабета влияет ряд факторов:

- Ожирение и лишний вес
- Дефицит физической активности
- Вредные привычки
- Нездоровое питание

Берегите своё здоровье!

Буторина А.А.

Рисунок 1- Санбюллетень

Заключение

Полученные результаты анкетирования свидетельствуют о недостаточной информированности жителей г. Барнаула о разнице типов сахарного диабета, наличии заблуждений и неверных сведений о заболевании.

В ходе исследования, для информирования жителей были разработаны рекомендации и санбюллетень о профилактике сахарного диабета, которые помогут сформировать и донести жителям г. Барнаула знания, точное понимание о сахарном диабете и его профилактике.

Данные рекомендации и санбюллетень можно использовать для проведения гигиенического воспитания в медицинских организациях г. Барнаула.

Придерживаясь правильной системы питания, умеренной физической активности, контроля веса можно предупредить развитие пандемии XXI века!

Список использованных источников

1. Антонова, Р.П. Лечебное питание на дому для больных сахарным диабетом и ожирением / Р.П. Антонова. - М.: Профи-информ, 2019. - 332 с.
2. Круглов, В.И. Диагноз: сахарный диабет / В.И. Круглов. - М.: Феникс, 2020.-225 с.
3. Смирнова, Марина Лечебное питание. Сахарный диабет: моногр. / Марина Смирнова. - М.: Рипол Классик, 2020. - 922 с.
4. Царенко, С.В. Интенсивная терапия при сахарном диабете / С.В. Царенко. - М.: Медицина, 2018. - 866 с.
5. Сахарный диабет – проблема мирового масштаба. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cgon.rospotrebнадzor.ru/naseleniyu/neinfektsionnye-zabolevaniya/saxarnyi-diabet-problema-mirovogo-mashtaba/> (Дата обращения: 10.11.23г).
6. Диабет. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СТУДЕНТОК РОДИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Варкентин Маргарита Ивановна
Руководитель: Пидрейко Елена Алексеевна
КГБПОУ «Родинский медицинский колледж»

В статье представлены результаты исследования, направленного на изучение репродуктивного потенциала студенток РМК, а именно: их подверженность факторам риска, приводящим к заболеваниям репродуктивной системы, наличие гинекологических и экстрагенитальных патологий, сексуальное, контрацептивное поведение и наличие в анамнезе беременностей и аборт.

В последние десятилетия в связи с отчетливыми депопуляционными тенденциями проблема охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения России приобрела чрезвычайную остроту. Сохраняющийся отрицательный естественный прирост населения (по данным Росстата, – 0,17% в 2023 г.) усугубляется прогрессивным снижением численности и стабильным ухудшением соматического здоровья детей 0–17 лет, что создает реальную угрозу успешной реализации ими репродуктивной функции и восполнения демографических потерь страны в обозримом будущем. [3]

Цель исследования:

Целью исследования являлось определения уровня знаний студенток об особенностях репродуктивной системы, о приемлемом сексуальном и контрацептивном поведении, наличия в анамнезе гинекологических заболеваний и подверженность факторам риска студенток Родинского медицинского колледжа.

Объект и методы исследования

Исследование проводилось на базе Родинского медицинского колледжа, в котором приняли участие 224 студентки с 1 по 4 курс специальностей Сестринское и Лечебное дело. Для реализации приобретения информации была составлена авторская анкета для студенток, состоящая из 50 вопросов, направленных на изучение подверженности студенток факторам риска, их сексуального и контрацептивного поведения, гинекологических и экстрагенитальных патологий, беременности и абортов. Благодаря тому, что анкетирование проводилось анонимно, и студентки могли выбрать удобное время для его прохождения, были получены достоверные данные. В ходе опроса студентки могли задавать интересующие их и уточняющие вопросы. Также был произведен ознакомительный обзор доступных медицинских источников информации по интересующей нас теме. Нами была

составлена брошюра «Рекомендации по сохранению репродуктивного здоровья». После окончания анкетирования все результаты были обобщены, проанализированы и статистически обработаны.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. [1]

Репродуктивное здоровье – это способность к воспроизведению (рождению детей) и возможность решать, когда и как часто это делать, а также возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни. [2]

Для того, чтобы прогнозировать качество здоровья будущего индивидуума, необходимо учитывать множество взаимосвязанных факторов Риска, способных участвовать в развитии заболевания у человека.

Основными факторами, приводящими к нарушениям репродуктивного здоровья являются: Низкая информированность населения в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья;

Отсутствие системы полового воспитания детей и подростков;

Распространенность инфекций, передаваемых половым путем, особенно среди подростков и молодежи;

Высокий уровень подростковой беременности и аборт;

Недостаточная вовлеченность специалистов в процесс охраны репродуктивного здоровья и подготовки к планируемой беременности; [4]

Недостаточная насыщенность фармацевтического рынка качественными контрацептивами и их высокая стоимость;

Отсутствие исследований по изучению потребностей населения в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья;

Слишком раннее начало половой жизни и его негативные последствия для репродуктивного здоровья.).

Плохое состояние окружающей среды и некачественные продукты питания.

Генетические сбои и гормональные нарушения, такие как заболевания щитовидной железы.

Обилие вредных привычек, к которым относятся курение, вейпов, электронных сигарет, употребление алкоголя, наркотиков.

Психологическое состояние, включающее в себя склонность к стрессам, депрессиям, агрессии и тп.

Гиподинамия (малоподвижный образ жизни). [5]

Результаты исследования и их анализ

В опросе приняли участие 224 человека, это 73% всех девушек нашего колледжа

Блок «Личные данные»

В данном блоке участники отвечали на вопросы, касающиеся паспортных данных – место жительства, возраст и индекс массы тела. Эти вопросы помогли выявить немодифицированные факторы риска, т.е. не обусловленные желанием человека.

В ходе опроса выявлено, что 14,3% участниц анкетирования проживают в городской местности, 16,1% - в сельской местности на периферии, а 69,6% в сельской местности, в районном центре.

Пониженный, либо повышенный ИМТ также является фактором риска для нарушений или заболеваний репродуктивной системы. При анкетировании выявлено, что 15,2% опрошенных студенток имеют пониженную массу тела, т.е. ИМТ < 18,5; 60,7% имеют нормальную массу тела, т.е ИМТ варьируется в пределах 18,5 – 25, 24,2% - имеют избыточную массу тела, т.е. ИМТ более 25

Блок «Факторы риска»

В данном блоке мы рассматривали модифицированные факторы риска, т.е. поведение человека, провоцирующее потенциальные заболевания репродуктивной системы.

6,2% студенток курят, 39,3% опрошенных студенток не пьют алкоголь, 46% - выпивают только по праздникам, 11,6% - выпивают каждые выходные, а 3,1% позволяют себе выпивать по несколько раз в неделю. К сожалению, в последних двух случаях можно

говорить об алкоголизме. Мы не оставили без внимания современное увлечение молодежи – вейп. Оказалось, что 32,6% - используют вейп периодически или регулярно, что также является одним из факторов нарушения репродуктивного здоровья.

Далее нас интересовало, сколько раз в день наши студенты питаются. Выяснилось, что 4-5 раз в сутки питаются только 15,2% респондентов. 29,9% считают, что в их рационе присутствуют все необходимые компоненты (БЖУ), а вторая часть студенток регулярно питается нездоровой пищей, такой, как фаст-фуд, энергетики и тп.

10,7% опрошенных студенток ежедневно занимаются физическими упражнениями, 90 % занимаются нерегулярно, либо вообще не занимаются. Стрессу в той или иной степени подвержены 89% респондентов, половина студенток - проводят в гаджетах 6 часов и более.

Личная, а тем более интимная гигиена очень важна в сохранении репродуктивного здоровья женского организма, и мы выяснили, что 9,8% студенток имеют дефицит знаний о правилах личной гигиены, они не производят гигиену наружных половых органов ежедневно, 3% студенток производят замену прокладок во время менструации один раз в сутки, или реже.

Врача акушер-гинеколога 4,5% студенток посещают реже раза в год, остальные 95 % респондентов – регулярно, что очень хорошо для профилактики и раннего выявления гинекологической патологии.

Блок «Менструальная функция»

В данном блоке мы выявляли возможные нарушения менструальной функции, качество знаний респондентов о данном физиологическом процессе, и об особенностях протекания менструального цикла лично у каждой из них.

Мы узнали, от кого девушки впервые получили информацию о менструации и выяснили, что 82,6% - от мамы или бабушки, также были отмечены такие источники информации, как отец, старшие сестра/брат, подруги или сверстники, СМИ и медработники.

На вопрос, сколько было лет студенткам при менархе (первой менструации) - 95 % - своевременное половое созревание, 2,2% ответили – до 10 лет, а это признак раннего полового созревания и 3,1% - старше 16 лет, что говорит о позднем половом созревании и в будущем у данных девушек возможны проблемы с репродуктивной функцией. У пятой части студенток менструации по регулярности, обильности и другим симптомам установились не сразу.

У 70% респондентов регулярные менструации в настоящее время, длительность менструального цикла в пределах нормы у 67% студенток, а длительность менструации – у 89%. По интенсивности менструации студентки отметили, что у 40% - обильные и болезненные менструации, что является высоким показателем.

После начала половой жизни у 26,8% менструальный цикл нормализовался, а у 7,1% - появилась болезненность во время менструаций, увеличилось количество белей, изменился их запах, что говорит о возможной патологии половых органов и требует обследования у акушер-гинеколога.

Блок «Гинекологические заболевания»

В данном блоке вопросов мы выяснили, болеют ли студентки РМК различными гинекологическими заболеваниями, которые могут повлиять на их репродуктивное здоровье. Мы рассматривали такие заболевания, как воспалительные заболевания женских половых органов, аномалии развития половых органов, новообразования в женских половых органах, заболевания передающиеся половым путем, и выяснили, что проблемы с данными заболеваниями есть у 1/10 части студенток.

Блок «Экстрагенитальная патология»

В данном блоке мы выделили наиболее часто встречающиеся и наиболее опасные для репродуктивного здоровья соматические болезни.

На вопрос: «Болели/ете ли Вы эндокринными заболеваниями?» - 12,5 % ответили положительно. Мы выяснили, что ветряной оспой, корью, краснухой или другими заболеваниями этой группы ранее болели 57,1% студенток, до сих пор 3-4 раза в год болеют ОРВИ около 40% студенток.

Блок «Половая функция»

В данном блоке представлены вопросы, позволяющие оценить сексуальную активность и контрацептивное поведение студенток РМК, уровень знаний о половой жизни и подверженность факторам риска, которым они могут подвергнуться.

42. Сколько половых партнеров у Вас было?
224 ответа

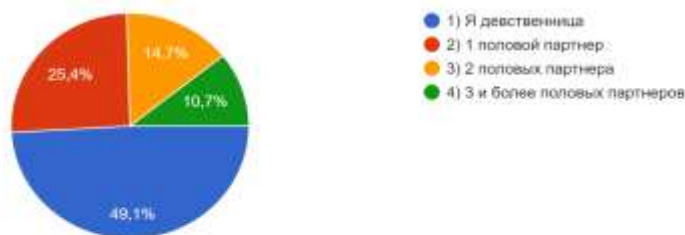


Рисунок 1 – Количество половых партнеров

40. Ваш возраст при первом половом контакте?
224 ответа

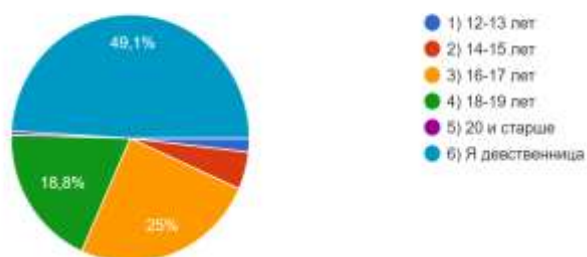


Рисунок 2 – Сексуальный дебют

Половина респондентов имеет одного полового партнера, у 29% - 2 половых партнера, а у 21% - их было 3 и более. (Рис. 1) 70% опрошенных студенток, живущих половой жизнью, постоянно пользуются контрацептивами при половых актах, чаще всего используя барьерный метод, КОКи и прерванный половой акт. Причиной первого полового акта 92% студенток, живущих половой жизнью, указывают собственное желание и любовь к партнеру, у 1,7% дебют произошел в состоянии аффекта, то есть в состоянии алкогольного опьянения, 3,5% указывают насилие. (Рис. 2).

2,2% опрошенных студенток считают, что приемлемый возраст для вступления в брак – до наступления совершеннолетия, 19,6% - возраст 19-20 лет, 65,6% - возраст 20-25 лет, 8,9% - возраст 26-30 лет, и 3,6% - 30 лет и старше. (Рис. 3)

46. По Вашему мнению, приемлемый возраст для вступления в брак?
224 ответа

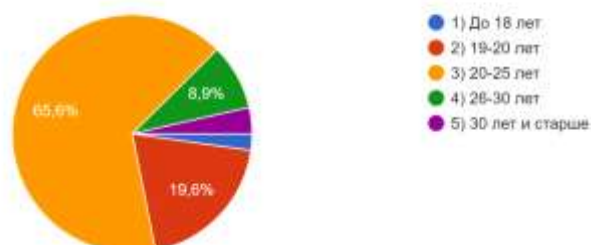


Рисунок 3 – Возраст вступления в брак по мнению студенток РМК

На вопрос, какая форма полового партнерства предпочтительна для респондентов, студентки ответили в 72,3% случаев – зарегистрированный брак, 10,3% - незарегистрированный брак, и 17,4% - не планируют замужество. (Рис. 4)

47. Какая форма полового партнерства предпочтительна для Вас?

224 ответа

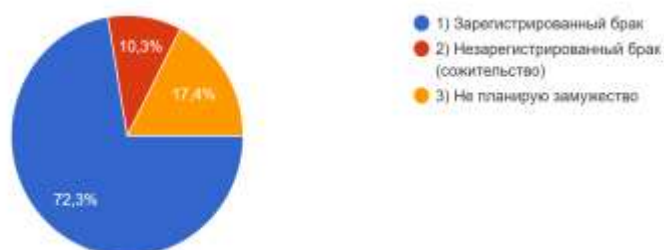


Рисунок 4 – Форма полового партнерства приемлемая для студенток РМК

Блок «Беременность».

В данном блоке мы выявили, были ли у студенток РМК беременности, аборт, и в каком количестве.

Беременность была у 7,8% всех студенток, живущих половой жизнью. У 33% этих студенток беременность завершилась родами, у 11% - выкидышем, у 11% - инструментальным абортом, у 44% - медикаментозным абортом. Девушки имеющие в анамнезе аборт, в дальнейшем могут иметь проблемы с репродуктивным здоровьем.

Таким образом, проведя анализ анкетирования, можно прийти к выводу, что различным факторам риска в среднем подвержено около 10-20% всех респондентов. В ходе опроса выяснилось, что десятая часть студенток недостаточно осведомлена о принципах личной гигиены, о физиологии течения менструального цикла. В нашем колледже есть несколько человек, кто имеет хронические воспалительные заболевания, доброкачественные и даже злокачественные заболевания, ЗППП, но при этом не проходят лечение. Особое внимание хочется уделить тому, что некоторые студентки не имеют должного сексуального воспитания – имеют несколько половых партнеров, ведут беспорядочную половую жизнь и не пользуются методами контрацепции.

Радует, что 80-90% студенток внимательно относятся к своему репродуктивному здоровью, рационально питаются, занимаются физическими упражнениями, соблюдают личную гигиену, ведут порядочную половую жизнь и регулярно посещают врача акушер-гинеколога.

Перспективы дальнейших исследований в вопросах, касающихся изученной темы репродуктивного потенциала, заключаются в разработке цикла лекций по данной теме. В рамках кружка «Акушерство и гинекология» планируется создание и реализация профилактических бесед и брошюр о сохранении репродуктивного здоровья не только девушек, но и юношей нашего колледжа.

Список использованных источников

1. Радзинский В.Е. Гинекология. Учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений. Москва «Гэотар-Медиа» 2017. 40-42стр.
2. Петрова С.М., Тихонова О.В., Князев А.А., Балаболкин М.И. Факторы риска возникновения заболеваний ЖПО Российский медицинский журнал. 2022; 25стр.
3. Шарыкина Т.Н., Борисова Е.А., Коровина НА. Классификация нарушений репродуктивной системы. Вестник современной клинической медицины. 2022. 58 стр.
4. Смирнова Л.М., Сандова Р.А., Брагинская С.Г. Акушерство и гинекология. Москва «Медицина». 2019г. 56-52стр.
5. Славянова И.К. Акушерство и гинекология. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2021. 32-35стр.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ «САХАР: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?»

*Вибе Ангелина Романовна
Руководитель: Хомякова Екатерина Андреевна
ОГБПОУ «Братский медицинский колледж»*

В настоящее время тема сахара и сахарной зависимости является очень актуальной. Мы каждый день употребляем сахар в пищу и даже не подозреваем, какое влияние он оказывает на наш организм. Вкус сахара кажется нам привлекательным, что нам хочется еще и еще. Для кого-то жизнь без сахара является тяжелой, а кто-то спокойно может не есть его долгое время. А есть люди с заболеваниями, при которых сахар есть нельзя. Человеку важно ограничивать потребление сахара, а также иметь сбалансированный рацион, так как сахар в пище может вызывать привыкание. Важным является привлечение внимания людей всех возрастов к проблеме употребления сахара и развития сахарной зависимости, поэтому я как будущий медицинский работник, разработала и провела профилактическое занятие для младших школьников. Проведение профилактического урока среди первоклассников школы МБОУ "СОШ" №16 состоялось в конце января 2024 года.

Вначале практической работы было проведено тестирование среди людей разных возрастов на онлайн платформе, состоящее из пятнадцати вопросов на исследуемую тему. В тесте приняли участие более ста человек от 14 лет. Перед началом анализа результатов были рассмотрены возрастные группы участников тестирования. Наиболее многочисленная группа возрастов – это люди от 14 до 18 лет, она составляет 64,9%, далее идет группа людей от 18 до 25 лет - 22,5%, наименьшая возрастная группа людей - старше 30 лет, которая составила 12,6%.

Далее проводился анализ ответов участников, были рассмотрены самые интересные вопросы. На вопрос «Сколько раз в день вы едите сладкое?» 39,3% ответили 3 раза или более, что означает значительно высокое потребление сладостей в течении дня. На вопросы «Как часто вы едите десерты после еды?» и «Как часто вы едите сладости на ночь?» 50% людей отвечает, что иногда. Теперь стоит разобраться, стоит ли есть сладкие десерты после еды? Сладкий десерт после обеда придает приему пищи некую завершенность, растягивает удовольствие и снижает уровень стресса, но, лучше это сделать отдельным приемом пищи, посчитав его за полноценный перекус, чтобы избежать переедания. А стоит ли есть сладкое на ночь? Продукты с высоким содержанием сахара — это углеводы в чистом виде, необходимые организму для пополнения запасов энергии, она активно расходуется, калории, полученные от сладостей, сжигаются. Поэтому даже диетологи не видят ничего страшного в том, чтобы побаловать себя десертом между завтраком и обедом, конечно, в разумных пределах. Другое дело, если человек перед сном наелся конфет. Ночью глюкоза расходуется по минимуму, а значит, излишки будут откладываться про запас, оседая в виде жировых отложений на талии, боках и бедрах. Следующий вопрос, который меня заинтересовал «Пытались ли вы заменить обычный сахар другими видами (например, медом или стевией)?», на этот вопрос 25,9% участников ответили, что да, но всегда возвращаются к сахару, и всего 8% ответили, что больше не едят обычный сахар. Тяжело ли заменять сахар? Существует множество сахарозаменителей, но их стоит использовать, как временное решение для ограничения количества потребляемого сахара в рационе. И если человеку важен вкус сладости, то либо он не сможет отказаться от сахара, либо будет злоупотреблять сахарозаменителями, и лишь малая часть сможет отказаться от этого. И последний вопрос: «Пытались ли вы когда-либо отказаться от сладкого?». 48,2% ответили, что они пытались отказаться от него, но у них не получилось, и столько же процентов ответили, что даже не пытались этого сделать. И всего 3,6% смогли отказаться от сахара и сладостей. Почему же так? На самом деле отказаться от сахара вначале может быть очень трудно, и не все привыкают к ограничениям, что приводит к быстрому срыву.

Исходя из этого, можно сделать вывод, что большинство людей, особенно в подростковом возрасте, любят и употребляют много сладкой пищи, а возможно имеют сахарную зависимость, но возможно задумываясь, как это может влиять на организм.

Учитывая важность последствий сахара на организм, было принято решение провести урок профилактической направленности в начальной школе. Есть предположение, что, если дети раньше узнают о существовании сахарной зависимости и вредных свойствах сахара, то в будущем они смогут адекватно оценивать количество его потребления, и, возможно, смогут избавиться себя от большей потребности в сладостях. Мероприятие проводилось 26 января в школе МБОУ "СОШ" №16 города Братска.



Рисунок 1 – Проведение профилактического урока



Рисунок 2 – Работа с детьми на занятии

Урок проводился с целью вызвать интерес у детей, поэтому были задействованы различные способы взаимодействия с учениками: опросы и игры. Проект также получил распространение в социальных сетях колледжа и школы. С помощью профилактического урока было выявлено, что многие дети не знают о существовании полезных сахаров и о существовании сахарной зависимости. Школьники были осведомлены о последствиях зависимости, также получили информацию о полезных сахарах и в каких продуктах они содержатся. С помощью рисования и итогового опроса дети закрепили полученные знания, немного поиграли и отдохнули. Классный руководитель 1 «В» также принимала участие: помогала отвечать на вопросы и осуществляла съемку. Запись об этом проведенном мероприятии есть на официальной странице ОГБПОУ БМК (https://vk.com/wall-131448501_11226) и странице МБОУ СОШ №16 (https://vk.com/wall-211959519_2432).

Список использованных источников

1. Горькая правда о сахаре [Электронный ресурс]. URL: <https://04.rospotrebnadzor.ru/index.php/press-center/healthy-lifestyle/18349-10052023.html> (Дата обращения: 14.10.2023)
2. Удивительное рядом: какие неожиданные продукты могут содержать сахар [Электронный ресурс]. URL: <https://здоровое-питание.рф/healthy-nutrition/articles/udivitelnoe-ryadom-kakie-neozhidannye-produkty-mogut-soderzhat-sakhar/> (Дата обращения: 14.10.2023)

3. Вред употребления сахара для нашего организма [Электронный ресурс]. URL: <http://old.семашкоб2.рф/naucno-popularnye/kliniko-diagnosticeskaa-laboratoria/vred-upotreblenia-sahara-dla-nasego-organizma> (Дата обращения: 14.10.2023)

ТАЙНЫ СЛАДКИХ ЯДОВ

*Давыдова Диана Григорьевна,
Руководитель: Горозина Мария Сергеевна,
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»*

Актуальность исследования: сегодня нам предлагается огромный ассортимент газированных напитков с красивыми яркими этикетками. От родителей мы слышим о вреде этих напитков. Взрослые не разрешают своим детям их часто пить. Поэтому мне стало интересно, насколько они правы, и действительно ли газированные напитки вредны для нашего здоровья.

Цель исследования: провести опыт влияния сладких газированных напитков на организм человека на примере свиного желудка.

Объект исследования: сладкие газированные напитки.

Предмет исследования: влияние сладких газированных напитков на организм человека.

Задачи:

1. Изучить состав и свойства газированных напитков.
2. Провести анализ литературных источников анатомо-физиологических свойств желудка человека и свиного желудка.
3. Провести опыт влияния газированных напитков на примере свиного желудка.
4. Сформулировать выводы по итогам проведенного исследования.

Газированные напитки — это продукция предприятий пищевой промышленности, которая представляет собой жидкий продукт на основе воды, сока или другой жидкости, насыщенной диоксидом углерода.

Вред сладких газированных напитков

- нарушение водно-солевого баланса в организме;
- серьезные нарушения обмена веществ, приводящие к образованию лишней жировой прослойки;
- развитие сахарного диабета, повышение уровня сахара в крови;
- развитие ожирения в детском возрасте, что особенно опасно;
- снижение концентрации внимания, работоспособности;
- повышенная утомляемость, подверженность факторам стресса;
- появление прыщей, угрей, других высыпаний на лице;
- развитие хрупкости костной ткани.

Состав газированных напитков

САХАР - как правило, в газированных напитках содержится около 40 ккал, которые в большинстве обеспечиваются простыми углеводами.

КИСЛОТЫ - выполняют функцию консервантов, а также образующих вкуса. Лимонная кислота (E330) разрушает эмаль зубов. Фосфорная кислота (E338) обладает способностью связывать ионы кальция, таким образом, вымывая его из костей.

АРОМАТИЗАТОРЫ (бензоат натрия) - может повреждать ДНК человека и привести к развитию раковых опухолей.

КОФЕИН - вымывает кальций, нервная система истощается, появляется головная боль, раздражительность, активизируется сердечная деятельность.

ГАЗИРОВАННАЯ ВОДА - сам по себе углекислый газ не является опасным, однако он может спровоцировать болезненные приступы и расстройство желудка у тех людей, кто страдает гастритом, язвой, метеоризмом и другими заболеваниями.

Выявление влияния газированных напитков на состояние здоровья человека в зависимости от их химического состава

Цель исследования: изучить химический состав газированных напитков и влияние их компонентов на организм человека.

Шаг 1: изучила, состав напитков, взятых на исследование. Для этого внимательно изучила состав по этикетки товара.

Шаг 2: результат оформила в виде таблиц.

Вода природная питьевая артезианская негазированная «SOCIETE MINERALE» (табл.1)

Таблица 1 – состав воды природной питьевой артезианской негазированной «SOCIETE MINERALE»

Состав	Количество, мг/л
Гидрокарбонаты HCO ₃ ⁻	100-400
Кальций Ca ²⁺	30-120
Магний Mg ²⁺	5-30
Натрий Na ⁺	1-20
Хлориды Cl ⁻	0,1-10
Сульфаты SO ₄ ²⁻	0,1-20

«FANTA» - Фанта (сильногазированный) (табл.2)

Таблица 2 – состав «FANTA» - Фанта (сильногазированный)

Состав	Количество, мг/л
Очищенная вода	(количество не указано)
Сахар	11600
Углекислый газ	(количество не указано)
Лимонная кислота	(количество не указано)
Бензоат натрия	(количество не указано)
Ацесульфам	(количество не указано)
Пищевой краситель «желтый солнечный закат»	(количество не указано)
Пищевой краситель «лимонно-желтый»	(количество не указано)
Пищевой ароматизатор	(количество не указано)

«SPRITE» - Спрайт (сильногазированный) (табл.3)

Таблица 3 – состав «SPRITE» - Спрайт (сильногазированный)

Состав	Количество, мг/л
Очищенная вода	(количество не указано)
Сироп фруктозы	(количество не указано)
Сахар	10200
Углекислый газ	(количество не указано)
Лимонная кислота	(количество не указано)
Цитрат натрия	(количество не указано)
Бензоат натрия	(количество не указано)
Сукралоза	(количество не указано)
Ацесульфам	(количество не указано)
Пищевой ароматизатор	(количество не указано)

«COCA-COLA» - Кока-кола (сильногазированный) (табл.4)

Таблица 4 – состав «COCA-COLA» - Кока-кола (сильногазированный)

Состав	Количество, мг/л
Вода	(количество не указано)
Сироп фруктозы	(количество не указано)
Сахар	(количество не указано)

Углекислый газ	(количество не указано)
Карамельный краситель	(количество не указано)
Ортофосфорная кислота	(количество не указано)
Кофеин	менее 150
Пищевой ароматизатор	(количество не указано)

Эксперимент, проведенный с свиным желудком

В виде исследуемого материала я взяла свиной желудок, так как слизистая оболочка свиного желудка идентична по патанатомическим особенностям слизистой оболочки желудка человека.

Шаг 1: заполнила одноразовые стаканы напитками (вода, Фанта, Спрайт, Кока-Кола).

Шаг 2: поместила свиной желудок в стаканы с напитками. Как только я погрузила в газированные напитки желудок, сразу пошла мощная реакция (жидкость вспенилась) (рис.1-2).



Рисунок 1 – свиной желудок до погружения в напитки



Рисунок 2 – свиной желудок в момент погружения в напитки

Шаг 3: оставила в напитках на 40 минут.

Шаг 4: вынула из напитков (рис.3).



Рисунок 3 – результат погружения свиного желудка в напитки

Шаг 5: результат оформила в виде таблицы (табл.5).

Таблица 5 – результат погружения свиного желудка в напитки

Название напитков	Изменения
Вода природная питьевая артезианская негазированная «SOCIETE MINERALE» Изготовитель: Российская Федерация	Изменений нет

«FANTA» - Фанта (сильногазированный) Изготовитель: Китай	Слизистая оболочка желудка сильно набухла, с помощью пинцета слизистая оболочка легко снимается с желудка, под ней точечные кровоизлияния. Окрас кусочка приобрел оранжевый оттенок.
«SPRITE» - Спрайт (сильногазированный) Изготовитель: Китай	Слизистая оболочка желудка сильно набухла, с помощью пинцета слизистая оболочка легко снимается с желудка, под ней точечные кровоизлияния.
«COCA-COLA»-Кока-кола (сильногазированный) Изготовитель: Китай	Слизистая оболочка желудка сильно набухла, с помощью пинцета слизистая оболочка легко снимается с желудка, под ней точечные кровоизлияния. Окрас кусочка приобрел оттенок темнее.

Вывод: после проведенного эксперимента я поняла, что газированные напитки обладают разрушающими свойствами для желудка. Меняется окрас желудка, слизистая оболочка набухает и легко снимается с желудка.

Рекомендации по употреблению газированных напитков

- Пейте охлаждёнными.
- Пейте напитки через соломинку, так как она уменьшает контакт жидкости, портящей эмаль.
- Не пейте газировку на голодный желудок.
- Если пьете газировку, то лучше выпустить углекислый газ.
- Газировка не утоляет жажду. Лучше для организма употреблять в пищу минеральную воду хорошего качества и зеленый чай. Это хорошо утолит жажду и не нанесет вреда здоровью.
- Чистая вода – это самый лучший выход из положения.
- Срок годности должен быть от 3-х до 6-ти месяцев. Лучше не покупать напиток, срок годности которого подходит к концу.
- Чтобы проверить, насколько натуральная газировка, прокипятите ее с ложкой соды (метод подходит для коричневых, зеленых или желтых по цвету напитков). Если газировка останется прежнего цвета – перед вами достижение химической промышленности. Если станет бурой – продукт натуральный.
- Чтобы проверить, есть ли в газировке консерванты, добавьте в бутылку дрожжи и, оставив открытой, наденьте на нее шарик. Если он через какое-то время не надуется, консерванты в этом напитке присутствуют.

Заключение

Газированная вода – это напиток, состоящий из минеральной или ароматизированной подслащенной воды, которая насыщена углекислыми пузырьками. В основу большинства газированных напитков входит вода с добавлением кислых и сладких компонентов. В этом составе и заключена суть идеи «газировки»: вещества, входящие в её состав, возбуждают наши вкусовые рецепторы. Сладкой газированной водой невозможно напиться. Жажда приглушается на короткий срок, но возникает снова через некоторое время.

Главная моя задача исследования – выяснить, каково влияние всеми любимого напитков на организм человека, наносят ли они вред человеку? А поняв это, сделать для себя правильный выбор: «Пить газированные напитки или не пить!».

Список использованных источников

1. Г. А. Шуман "Безалкогольные напитки, сырье и технологические нормативы" СПб: Профессия, 2018г. 278с.
2. Интернет-журнал «Диагноз», рубрика «Медицинские статьи», врач-гастроэнтеролог И. В. Сенченко «Газ. напитки: вред и польза», 2019 г.
3. Интернет-журнал «Здоровье», рубрика «Здоровый образ жизни», статья «Рациональное лечебное питание», 2018 г.

4. И.Я. Конь, д.м.н., профессор ГУНИИ питания РАМН, г. Москва. Статья «Газированные напитки» в «Медицинском вестнике» №4 2018 г.
5. Г. А. Шуман "Безалкогольные напитки, сырье и технологические нормативы" СПб: Профессия, 2018г. 278с.
6. Интернет-журнал «Диагноз», рубрика «Медицинские статьи», врач-гастроэнтеролог И. В. Сенченко «Газ. напитки: вред и польза», 2019 г.

ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИЧНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*Дворядкина Надежда Борисовна
Шалчима Рауса Салчаковна
ГБПОУРТ «Республиканский медицинский колледж»*

Актуальность работы: на современном этапе в России остро стоит вопрос человекоцентричности паллиативной помощи в стационарных условиях, целесообразность организации больничной паллиативной помощи определяется необходимостью более глубокого изучения данной помощи. Таким образом, система здравоохранения особое внимание уделяет паллиативной помощи и соответственно паллиативному уходу за больными, путем усовершенствования медицинской помощи и формирования фундаментальной базы медицинской помощи на уровне мировых стандартов.

Цель работы: выявить особенности оказания паллиативной помощи в стационарных условиях.

Задачи:

1. Изучить понятие «человекоцентричность»
2. Изучить теоретические аспекты организации паллиативной помощи;
3. Раскрыть цели и задачи паллиативной помощи терминальным больным;
4. Проанализировать работу ГБУЗ «Ресонкодиспансер» в сфере оказания паллиативной помощи методом анкетирования и статистическими данными.

Объект исследования: пациенты ГБУЗ «Ресонкодиспансер» паллиативного отделения в количестве 20 человек.

Предмет исследования: организационные компоненты оказания паллиативной помощи.

Гипотеза исследования: человекоцентричность паллиативной помощи, позволяет улучшить качество жизни пациентов.

Методы исследования: теоретический, статистический, социологический, аналитический.

База исследования: ГБУЗ «Ресонкодиспансер» паллиативное отделение: г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 161.

Паллиативная медицинская помощь – направление медико-социальной деятельности, активная, всеобъемлющая помощь пациенту, с неизлечимым заболеванием, цель которого – улучшение качества жизни больных и членов их семей, а также комплекс мер, включающий медицинскую и психологическую поддержку тяжелобольных людей и их родственников». 21 февраля 2019 Государственная Дума приняла в третьем чтении закон об организации паллиативной медицинской помощи. Накануне, выступая перед Федеральным собранием, Владимир Путин поручил депутатам ускорить принятие закона о паллиативной помощи. По оценке президента, в ней нуждаются от 800 тысяч до миллиона россиян. 6 марта 2019 года президент России Владимир Путин утвердил закон об оказании паллиативной помощи после прохождения законопроекта через обе палаты Федерального собрания РФ. Так же оказание паллиативной помощи в России регулирует приказом Минздрава № 187н, «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». В документе обозначены главные цели и задачи паллиативной помощи, такие как:

- обучать пациента и его родственников самоуходу и уходу;

- стараться максимально улучшить качество жизни пациента;
- организовывать психологическую помощь больному и поддержку его семье и близким;
- проведение бесед с больным на тему смерти, для выработки адекватного отношения к ней;
- решение социальных, юридических и этических вопросов, которые возникают в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти человека;
- организовать активный двигательный режим;
- проведение рациональной обезболивающей терапии и борьба с возможными осложнениями.



Рисунок 1

Вывод: по статистическим данным ГБУЗ РТ «Ресонкодиспансер» в 2022 году поступило 272, а за 9 месяцев 2023года - 280 человек.



Рисунок 2.

Вывод: за 2023 год количество выписанных больных снизилось, это связано с тем, что число выписанных за этот год снизилось и число летальных исходов возросло.



Рисунок 3

Вывод: по статистическим данным ГБУЗ РТ «Ресонкодиспансер» мы видим, что возросла летальность паллиативного отделения.



Рисунок 4

Результаты анкетирования.



Рисунок 5

Вывод: среди опрошенных респондентов преобладают женщины.

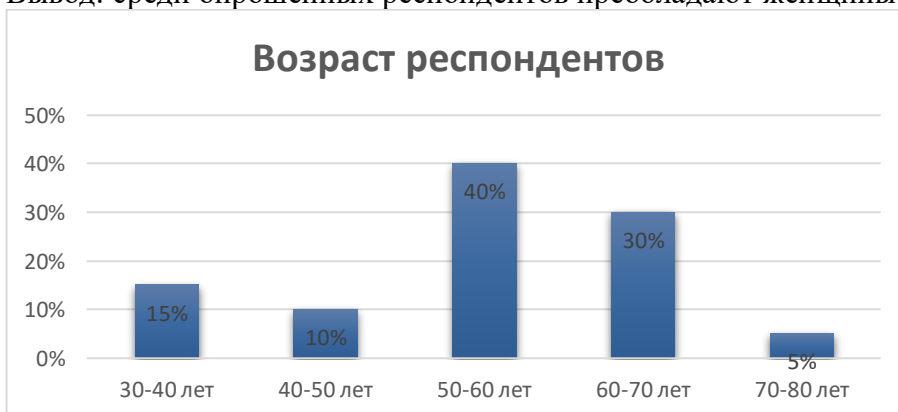


Рисунок 6

Вывод: в соответствии с диаграммой 5, среди опрошенных возрастной ценз колеблется от 50 до 70 лет.



Рисунок 7.

Вывод: согласно диаграмме 6, за паллиативными больными в большинстве случаев ухаживают их родители.

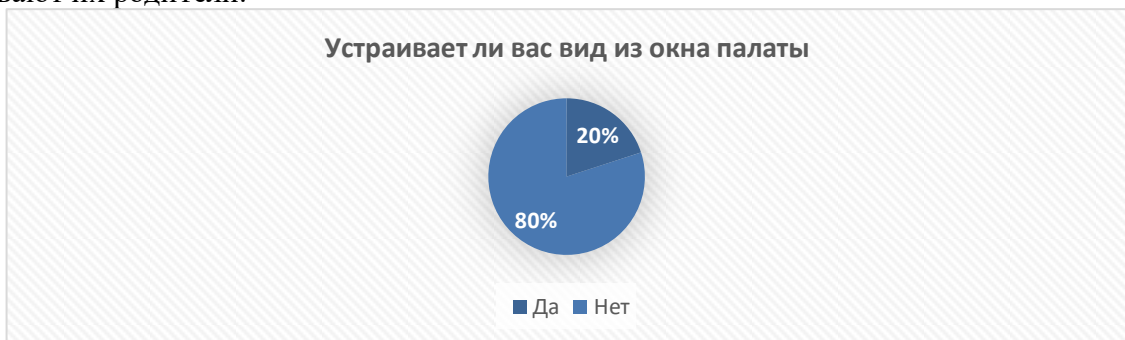


Рисунок 8

Вывод: большее количество респондентов ответили, что их устраивает вид из окна



Рисунок 9

Вывод: большее количество опрошенных ответило положительно на этот вопрос



Рисунок 10

Вывод: все опрошенные респонденты довольны отношением медперсонала к себе



Рисунок 11

Вывод: большинство пациентов получают поддержку от медработников.

Таким образом, анкетирование показало, что большинство пациентов удовлетворены условиями стационара и довольны как к ним относятся медицинские работники

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов – это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. В данной сфере очень важную роль играют личные качества медицинского работника - отзывчивость, эмпатия и сострадание, и конечно, профессиональная этика, так же влияют и условия пребывания больных в стационаре с учетом их интересов, физического и духовного состояния, что учитывает внедрение проекта человекоцентричности в здравоохранение.

Гипотеза доказана.

Список использованных источников

- 1) Арутюнян А. Г., Олейникова И. С. Паллиативная помощь: зарубежный опыт и перспективы в России //Международный студенческий научный вестник. – 2018. – №. 6. – С. 47-47.
- 2) Введенская Е. С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению //Здравоохранение Российской Федерации. – 2019. – Т. 58. – №. 2.
- 3) Еругина М. В. и др. К вопросу совершенствования организации паллиативной помощи населению //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2020. – №. 1. – С. 37-40.
- 4) Кром И. Л. и др. Значение оценки качества жизни в объективизации стратегий паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – №. 2. – С. 13-15.
- 5) Кулькова В. Ю. Организация оказания паллиативной помощи: российские практики в контексте зарубежного опыта //Менеджмент в России и за рубежом. – 2018. – №. 3. – С. 48-58.
- 6) Масляков В. В. и др. Оказание паллиативной помощи онкологическим больным в условиях центра паллиативной помощи //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – №. 4. – С. 45-48.
- 7) Новиков Г. А. и др. История развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2020. – №. 2. – С. 49-55.
- 8) Новиков Г. А. и др. Стратегия развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации: от истории до эффективной системы //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – №. 2.
- 9) Щепин В. О. и др. Паллиативная помощь: история, состояние сегодня, перспективы – 2018. – №. 2.

РН ЖЕЛЧИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ НАЛИЧИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ОПИСТОРХОЗОМ И ИЗМЕНЕНИЕМ РН ЖЕЛЧИ У ПАЦИЕНТОВ

*Дорохова Мария Александровна
Научный руководитель - Векман Константин Валерьевич
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Аннотация. В статье рассматривается важность рН желчи как биохимического индикатора для диагностики описторхоза, вызванного *Opisthorchis felinus*. Работа основана на данных клинических образцов желчи от 40 пациентов, 20 из которых с подтвержденным диагнозом описторхоза и 20 из контрольной группы. Результаты исследования могут способствовать улучшению диагностики и лечения описторхоза, а также разработке новых методов коррекции рН желчи.

В последние годы всё больше внимания уделяется изучению биохимических показателей, которые могут служить индикаторами различных патологических состояний. Одним из таких показателей является рН желчи. Нормальный рН желчи варьируется от 6,6 до 7,6 и играет ключевую роль в процессах пищеварения и обеспечении антимикробной, антипаразитарной, противогрибковой и противовирусной защиты. Однако при наличии паразитарных инвазий, таких как описторхоз, наблюдается снижение рН, что может нарушать нормальную функцию желчи и способствовать дальнейшему развитию инфекции. Изменение рН желчи может быть связано с различными факторами, включая диету, образ жизни и наличие заболеваний печени и желчевыводящих путей. Паразитарные инвазии, такие как описторхоз, вызванные плоскими червями рода *Opisthorchis*, могут привести к значительному изменению биохимического состава желчи. Эти изменения могут оказывать влияние на функционирование желчевыводящих путей и общее состояние пациента.

30 миллионов человек в мире поражены описторхами. [1] Большая часть мирового ареала описторхоза находится на территории России, особенно в бассейне реки Обь, где употребление в пищу недостаточно термически обработанной рыбы приводит к заражению. В гиперэндемических по описторхозу очагах выявлена сильная связь с развитием рака: частота холангиокарциномы (ХКЦ) в них выше в 3-13 раз, рака поджелудочной железы в два раза. [2] Гельминтоз протекает по типу острого аллергоза с лихорадочно-интоксикационным синдромом, эозинофилией, поражением печени и желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы. Однако указанная симптоматика не является специфичной для данной инвазии и не позволяет выявлять все случаи заражения даже на эндемичной территории. [3] Поэтому описторхоз остается актуальной социально-значимой проблемой здравоохранения, стабильно занимая 4-5 место среди паразитарных болезней ежегодно. [4] Международное агентство по изучению рака классифицирует возбудители описторхоза как канцерогены группы 1. [5]

Понимание связи между рН желчи и описторхозом может помочь в разработке новых методов диагностики и лечения этого заболевания.

В данной работе представлены результаты исследования, которое проводилось на базе «Центра Современной Медицины», проведенного с целью изучения взаимосвязи между уровнем рН желчи и наличием описторхоза у пациентов.

Цель исследования.

Целью данного исследования является определение связи между уровнем рН желчи и наличием паразитарных инвазий, в частности описторхоза, у пациентов. Это исследование направлено на выявление биохимических изменений, которые происходят в желчи при заражении *Opisthorchis felinus*, и оценку их потенциального влияния на функционирование желчевыводящих путей и общее состояние здоровья пациентов.

Гипотеза исследования.

Снижение рН желчи у пациентов с описторхозом является значимым биохимическим показателем, который может использоваться для диагностики данного заболевания.

Методология исследования.

Для достижения поставленной цели будет проведен анализ клинических образцов желчи, собранных от пациентов с подтвержденным диагнозом описторхоз, а также от контрольной группы без данного заболевания.

Значение исследования.

Результаты данного исследования могут иметь большое значение для клинической практики, так как они помогут улучшить диагностику и лечение описторхоза, а также связанных с ним заболеваний желчевыводящих путей. Кроме того, они могут способствовать разработке новых подходов к коррекции рН желчи как части комплексной терапии паразитарных инвазий.

Дизайн исследования.

В ходе эксперимента было выделено 2 группы по 20 человек мужчин и женщин в возрасте 18-42 лет. В контрольной группе были пациенты без подтвержденного диагноза «описторхоз», которые подвергались процедуре зондирования дважды с интервалом от 2 недель до двух месяцев. В результате были получены данные о кислотности желчи (рН). В экспериментальной группе были пациенты с подтвержденным диагнозом «описторхоз», которые впоследствии получали комплексное лечение на протяжении 2 месяцев, включая два контрольных зондирования. Данное лечение состояло из трех этапов: подготовительный, лечения (специфическая химиотерапия) на базе дневного стационара медицинского центра и реабилитационный (восстановление), в которые входили:

Первый этап: подготовительный.

Изменение рациона питания. Перед началом лечения требовалась тщательная подготовка пациента к лечению, в этот период врачом гастроэнтерологом-паразитологом была назначена специальная диета, которую необходимо соблюдать в течение первых двух недель. Диета включает в себя ограничение быстрых углеводов – сладкое (в том числе крахмалистые и сладкие фрукты), сухофрукты, мучное, крахмалистые овощи в вареном виде, любые сахара и подсластители. Продукты животного происхождения, такие как мясо, молочные продукты (кроме сливочного масла от коров на естественном выгуле). Морепродукты, ограничение продуктов, содержащих глютен (пшеница, рожь, овес, ячмень). Рекомендовано употребление горьких трав, салатной зелени и специй, овощей, нерафинированных масел, бобовых, орехов и круп.

Прием противопаразитарных трав: так же пациентам был назначен прием противопаразитарных и желчегонных трав, которые имели отличия на разных этапах лечения от подготовки до окончания лечения. Эти травы помогают ослабить паразитов и улучшать функцию желчного пузыря.

Целью подготовительного этапа служит нормализация желчевыделения и желчеоттока и купирование воспалительного процесса.

Второй этап: лечение.

Голод или соковая терапия: после диеты пациентам рекомендовано провести соковую терапию или голод от недели до 10 дней (в зависимости от состояния пациента). Использование антипаразитарных препаратов было проведено на голодный желудок, что снижало интоксикацию организма от ядов и остатков жизнедеятельности паразитов, не задерживая их в кишечнике и организме в целом. Если пациенту была назначена соковая терапия (несладкие соки), то употребление во время лечения составляло не менее 2 л в день, чтобы обеспечить организм необходимыми витаминами и минералами.

Зондирование желчного пузыря: на протяжении 2 недель лечения пациентам было произведено шесть зондирований, из которых 2 диагностические, с использованием 5 растворов (вводятся на протяжении 3 часов один за другим) – магния сульфат, желчегонный чай, экстракт коры осины, серебряная вода и сорбит. Это позволяло воздействовать непосредственно на паразитов и санировать желчные протоки.

Прием препаратов. Для каждого пациента врач гастроэнтеролог паразитолог индивидуально подбирает желчегонные и ферментативные препараты, гепатопротекторы, сорбенты, тюбажи.

Приём противопаразитарных препаратов. Врачом гастроэнтерологом-паразитологом был назначен прием бильтрицида и альбендазола в дозировке, рассчитанной по весу пациента.

Клизмы: На протяжении лечения были назначены кишечные промывания и микроклизмы для очищения, восстановления микрофлоры и заживления слизистых.

Инфузионная терапия: во время лечения пациентам так же были назначены препараты для снятия интоксикации.

Физиолечение: пациентам было рекомендовано посещение фитобочки после зондирования непосредственно в стационаре, а также магнитотерапия на правое подреберье и ингаляции небулайзером - чтобы помочь организму избавиться от токсинов, снять интоксикацию и улучшить общее состояние здоровья.

Поддержание микробиома: пациентам были назначены пробиотики метаболитного типа, содержащие штаммы активных молочнокислых бактерий *Lactobacterium Acidophilum* штамм 317/402.

Третий этап: восстановление.

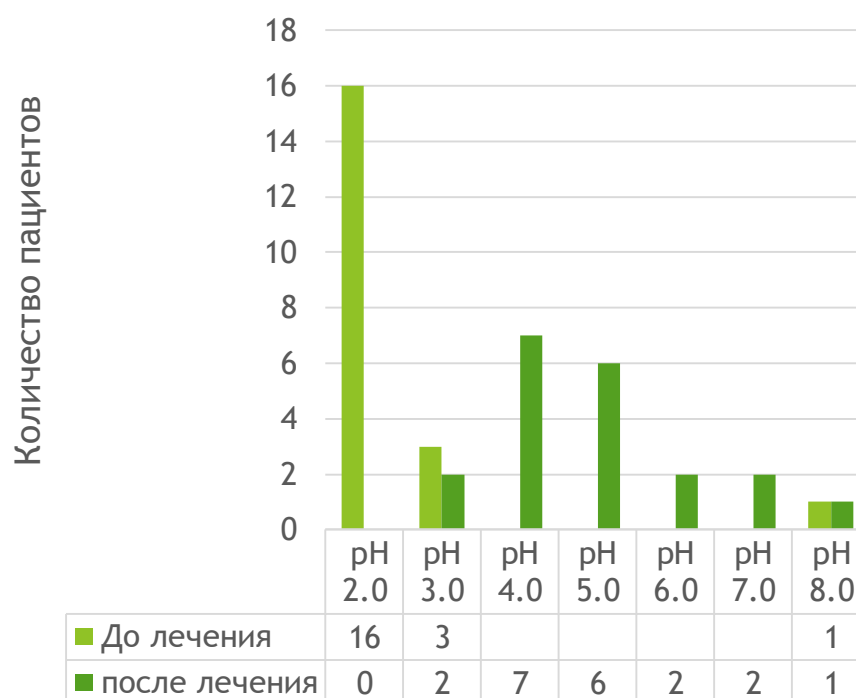
Соблюдение диеты: Пациентам была назначено постепенное введение продуктов растительного происхождения, а так же ограничения в употреблении быстрых углеводов – сладкое (в том числе крахмалистые и сладкие фрукты) , сухофрукты, мучное, крахмалистые овощи, в вареном виде, любые сахара и подсластители, продукты животного происхождения, такие как мясо, молочные продукты (кроме сливочного масла от коров на естественном выгуле), морепродукты, ограничение продуктов содержащих глютен (пшеница, рожь, овес, ячмень). Рекомендовано употребление горьких трав, салатной зелени и специй, овощей, нерафинированных масел, бобовых, орехов и круп на протяжении следующего месяца. Потом постепенно разрешается вводить нежирное мясо, рыбу, птицу, медленно возвращая в свой рацион привычные продукты.

Зондирование желчного пузыря: раз в 2 недели пациентам назначено прохождение зондирования в течение последующих 2 месяцев.

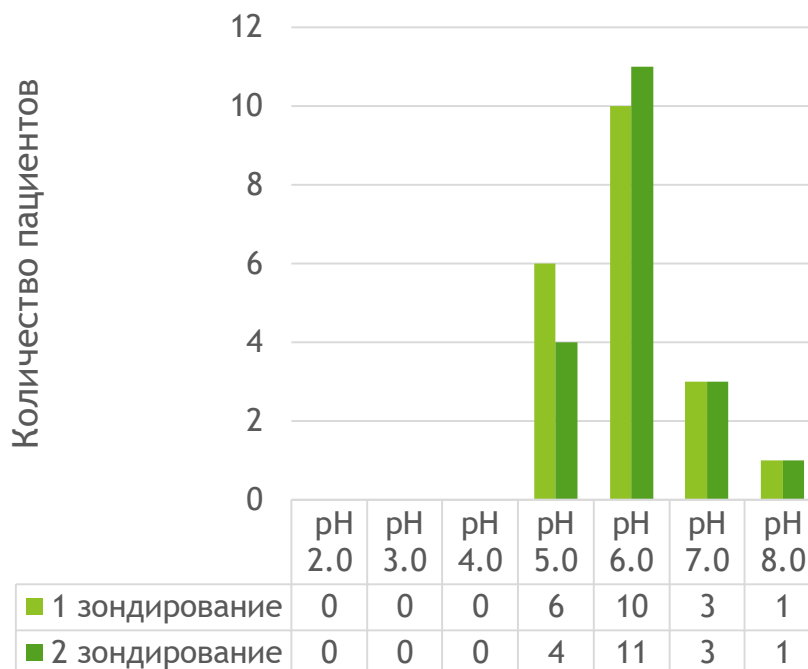
Прием препаратов: Во время восстановления врач гастроэнтеролог-паразитолог индивидуально подбирает желчегонные и ферментативные препараты, гепатопротекторы, сорбенты, тюбажи согласно состоянию здоровья пациента.

Метабиотики: были назначены метабиотики (комплексные препараты, состоящие из 4 штаммов лактобактерий, 3 штаммов бифидобактерий и 1 пребиотика) для восстановления биоценоза кишечника и защиты от расстройств ЖКТ.

**Результаты
Экспериментальная группа**



Контрольная группа



Заключение

Результаты данного исследования подтверждают связь между наличием описторхоза и изменением pH желчи у пациентов, что может служить важным биохимическим маркером наличия паразитарных инвазий. Лечение этой инфекции может привести к восстановлению pH желчи и улучшению функций желчного пузыря. Таким образом, проведение своевременной диагностики и лечения описторхоза может быть важным шагом в профилактике и лечении заболеваний желчного пузыря и желчных протоков. Результаты работы могут быть использованы для улучшения диагностики и разработки новых подходов к лечению паразитарных заболеваний.

Список использованных источников

1. Фёдоров Николай Михайлович, Рыбка Ангелина Григорьевна Факторы риска холангиоканцерогенеза припаразитировании в организме природно-очагового экопатогена - гельминта *Opisthorchis Felineus* // Вестник НВГУ. 2022. №4 (60). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-holangiokantserogeneza-priparazitiovanii-v-organizme-prirodno-ochagovogo-ekopatogena-gelminta-opisthorchis-felineus> (дата обращения: 18.03.2024).
2. Цуканов Владислав Владимирович, Тонких Юлия Леонгардовна, Гилюк Анастасия Владимировна, Васютин Александр Викторович, Коленчукова Оксана Александровна, Ржавичева Ольга Сергеевна, Борисов Александр Геннадьевич, Савченко Андрей Анатольевич, Масленникова Надежда Анатольевна/ Диагностика, клиника и лечение описторхоза // Доктор.Ру. 2019. №8 (163). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-klinika-i-lechenie-opistorhoza> (дата обращения: 16.04.2024).
3. Маркосян Н.С., Грошева М.Ю., Михайлова И.Н., Алферина Е.Н., Сермягина В.С. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 3. ; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30905> (дата обращения: 11.02.2024).
4. Аринжанов А.Е., Лядова А.Ю. Описторхоз: эпидемиология, профилактика. Территория науки. 2016; 6: 7-13.
5. Hughes T., O'Connor T., Techasen A., Namwat N., Loilome W., Andrews R.H., Khuntikeo N., Yongvanit P., Sithithaworn P., Taylor-Robinson S.D. Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma in Southeast Asia: an unresolved problem International Journal of General Medicine. 2017. vol. 10. P. 227-237. DOI: 10.2147/IJGM.S133292. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5557399/> (дата обращения: 16.03.2024).

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА.

Ибрагимова Зарина Сухробовна
Руководитель: Соркина Галина Юрьевна
ОГБПОУ "Иркутский базовый медицинский колледж"

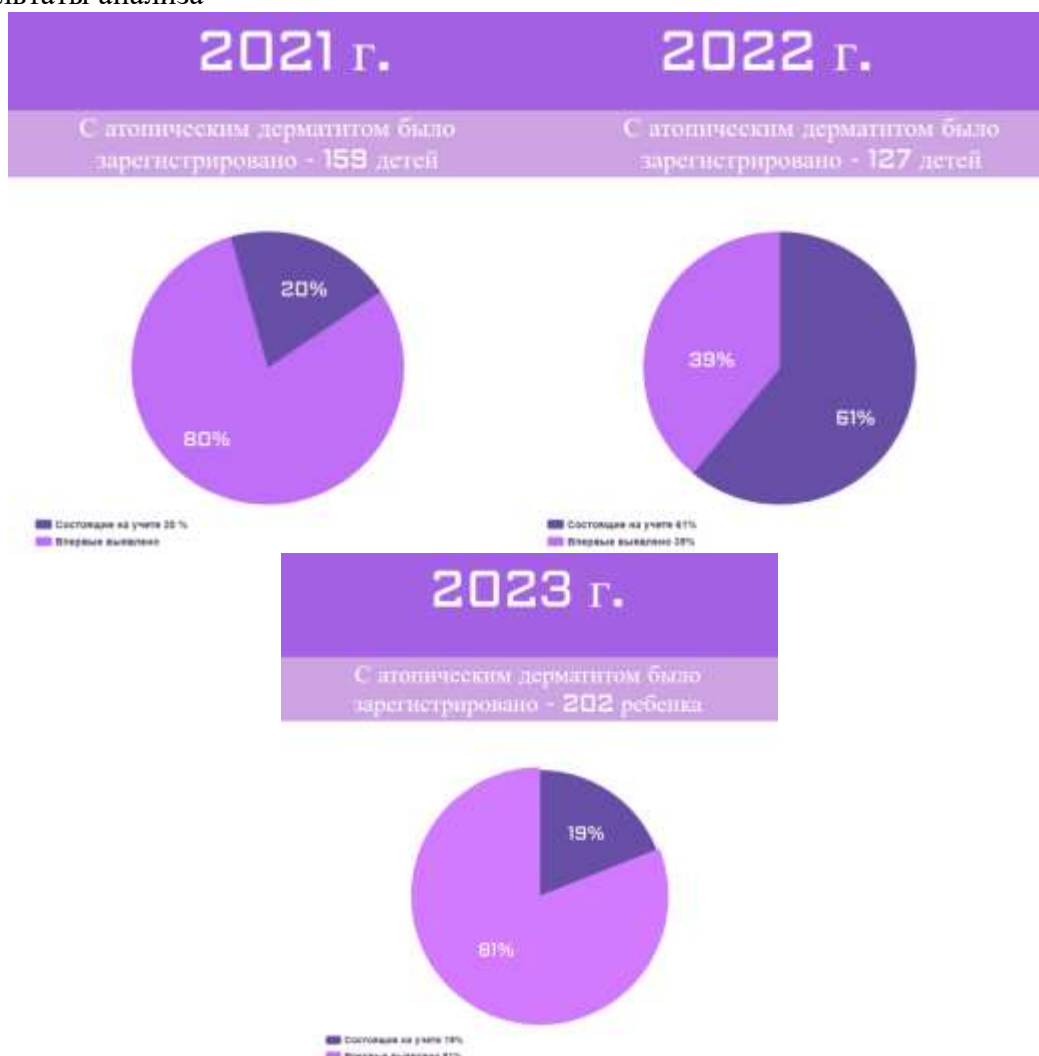
В работе представлены меры профилактики снижающие риск рецидивов атопического дерматита (АД) у детей. Профилактика данной патологии имеет большое значение в сохранении и укреплении здоровья детей и улучшение их качества жизни.

Цель исследования – изучить информированность родителей о риске возникновения рецидивов АД у детей.

База исследования ОГБУЗ «Иркутская детская городская поликлиника №3».

Проведен анализ заболевания атопическим дерматитом детей возраста от 0 до 3 лет с 2021-2023 годы по данным годовых отчетов ОГБУЗ «Иркутская детская городская поликлиника №3».

Результаты анализа



В 2021 г. с атопическим дерматитом было зарегистрировано – 159 детей, из них впервые выявлено заболевание у 80%.

В 2022 году из 127 детей, впервые поставлен диагноз у 39%.

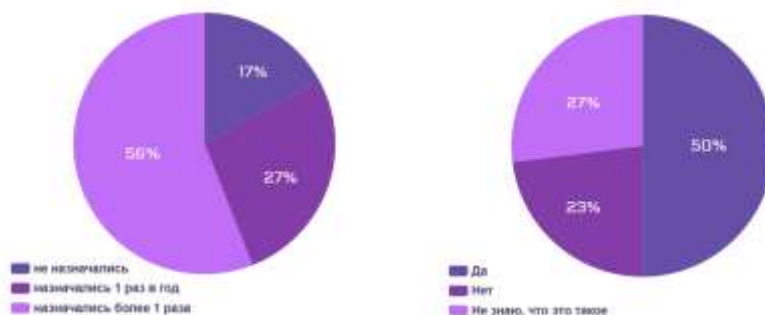
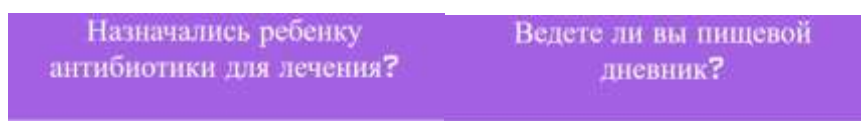
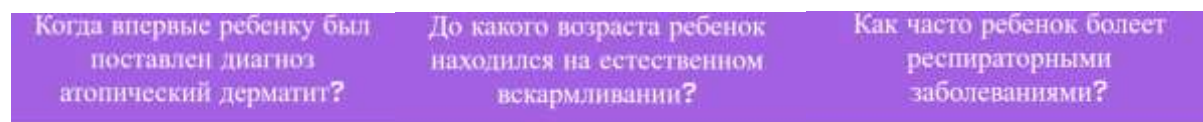
В 2023 году из 202 человек – 81% впервые выявленных.

Это подтверждает актуальность проблемы профилактики атопического дерматита.

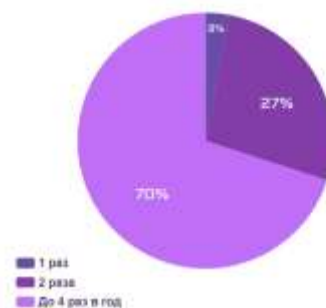
Анкетирование проводилось анонимно, приняли участие 30 респондентов. Анкета состояла из 16 вопросов:

1. Пол вашего ребенка?
2. Возраст вашего ребенка?

3. Имеются ли аллергические заболевания у родственников
4. Какими именно аллергическими заболеваниями они болеют?
5. Когда впервые ребенку был поставлен диагноз атопический дерматит?
6. До какого возраста ребенок находился на естественном вскармливании?
7. Как часто ребенок болеет респираторными заболеваниями?
8. Назначались ребенку антибиотики для лечения?
9. На какие пищевые продукты у ребенка появляется аллергия: кофе, какао, шоколад, цитрусовые, клубнику, конфеты, соки заводского производства, лимонад, молоко или молочные продукты, яйца, орехи? (подчеркните вариант ответа)
10. Ведете ли вы пищевой дневник?
11. Как вы считаете продлевает ли ремиссию диета?
12. Выявлен ли аллерген?
13. Сколько раз в год ваш ребенок испытывает обострение атопического дерматита?
14. Как часто вы посещаете врача?
15. Используете ли специальные моющие средства для кожи?
16. Как вы оцениваете состояние кожи вашего ребенка после полученной информации профилактики рецидивов?



Сколько раз в год ваш ребенок испытывает обострение атопического дерматита?



Таким образом, в результате анкетирования мы пришли к следующим выводам:

1. Дефицит знаний родителей о факторах риска развития атопического дерматита.
2. Большинство детей относится к группе высокого риска по рецидиву атопического дерматита, так как выявлено комплексное воздействие на них факторов бытовой сенсibilизации и постнатальных факторов.
3. Многие родители имеют низкую информированность о важности соблюдения пищевого режима и ведении пищевого дневника для более длительной ремиссии.
4. Все родители знают о методах профилактики по методическим рекомендациям врача, но не пользуются ими.
5. Профилактика рецидивов атопического дерматита у детей является многокомпонентной и должна включать меры по правильному питанию, исключению аллергенов, уменьшению стресса, использование антибиотиков строго по назначению врача и проходило под его руководством.

Список использованной литературы

1. Самсыгина Г. А. Аллергические болезни у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2019. – 272 с.
2. Балаболкин И. И., Булгакова В. А., Елисеева Т. И. Атопический дерматит у детей. М. – 2018. – 304 с.
3. Касохов Т. Б., Цораева З. А., Касохова В. В., Мазур А. И. Атопический дерматит у детей // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 1. – С. 8-26.

РОЛЬ ДЕТСКИХ ПОДГУЗНИКОВ В ЖИЗНИ РЕБЁНКА

*Иванин Полина Александровна, Попкова Ксения Павловна
Руководитель: Зеленкова Светлана Владимировна
КГБ ПОУ «Родинский медицинский колледж»*

Введение.

Фундамент будущей личности закладывается на первом году жизни ребенка, именно в младенческом возрасте формируются основы мировосприятия. Также первые интеллектуальные открытия малыш делает именно в пеленках. Причем – в буквальном смысле. Ребенку нужна большая умственная работа, чтобы установить первые в жизни причинно – следственные связи между позывами к мочеиспусканию и дефекации и, так сказать, их результатом. Одноразовые подгузники лишают ребенка этого первого «научного» открытия, значит, не происходит самый первый природный толчок к развитию

интеллекта. Чем младше ребенок, тем сильнее влияние различных факторов на его развитие. Именно на первом году жизни формируется любознательный исследователь, и не стоит мешать природе, трудиться над умственным развитием ребенка.[5, стр.28]

В век технологий все мамы ищут современные гигиенические средства для создания комфортных условий для развития своего ребенка. В первую очередь это касается памперсов, применение которых увеличивает время проведения мамочек с детьми, а не перед тазом со стиркой. И раз применение этих вещей становится необходимым, нужно выяснить, соответствуют ли безопасности состав и качество подгузников.

Цель исследования: Определить наиболее эффективные детские подгузники.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературу по исследуемой теме.
2. Провести анкетирование фармацевтов с. Родино.
3. Провести опрос врачей педиатров в КГБ УЗ «ЦРБ с.Родино».
4. Провести анкетирование родителей с детьми.
5. Оформить рекомендаций по применению детских подгузников.

Объект исследования: роль детских подгузников в уходе за детьми раннего возрастного периода.

Предмет исследования: использование детских подгузников в Родинском районе.

Методы исследования: анализ учебной и медицинской литературы, анкетирование, опрос, статистическая обработка данных, сравнительный анализ.

База исследования: КГБУЗ "ЦРБ с. Родино"; Аптечный пункт ИП Ахтямова Инна Николаевна; Аптека АКГУП «Аптека Алтай» с. Родино, БЭСКО «Алтайский край г.Бийск».

Глава 1. Теоретические аспекты о детских подгузниках

1.1. История возникновения первых детских подгузников

Виктор Миллс, инженер компании Procter&Gamble, предложил в качестве впитывающего материала применить суперабсорбент. Первый одноразовый подгузник появился в 1956 году, в нём использовались древесные опилки. А в 60-х началось массовое производство, на рынок вышли «Pampers». [4, стр. 28]

В 1967 году Европа увидела новую модель – цельнокройный подгузник Combinette. Главным его отличием от предшественников стал функциональный удерживающий зажим, который закреплялся спереди. Новинка приобрела небывалую популярность и начала стремительно вытеснять традиционные подгузники. Почти десятилетие они оставались на пике продаж, в то время как форма подгузников менялись, чтобы стать максимально комфортной для малышек. И в 1973 году на прилавках появилась очередная модель – Т-образный подгузник. Он удерживался на месте характерными полосатыми эластичными трусиками.

Российские мамы получили в свое распоряжение эти товары только в 90-х. С радостью отказались от бесконечных стирок, и теперь уже не представляют себе иной жизни.

1.2 Современные детские подгузники

1. Merries. Японская марка подгузников, которая пользуется большой популярностью среди российских потребителей — несмотря на довольно высокую стоимость. Подгузники сделаны по специальной японской технологии из трех дышащих слоев.

2. Helen harper. Качественные и не очень дорогие бельгийские подгузники. По заявлению производителя, обеспечивают новорожденному сухость до 8 часов. У подгузников — три впитывающих слоя, внешний слой дышащий, что позволяет выводить прелый воздух. Боковинки тянутся, при этом сидит подгузник довольно плотно. Есть вырез под пупочную ранку. Нет отдушек, которые могут вызвать раздражение.

3. Huggis. Отличительная особенность этого варианта — супер-мягкий слой «Текстор». Он имеет специальные мягкие подушечки, которые обеспечивают комфорт коже новорожденного. Положительных отзывов о Huggies много. Родители довольны впитывающими качествами, в том числе относительно жидкого стула. Высокие бортики

вокруг ножек, а также эластичный внутренний кармашек защищают все места от протекания.

4. Pampers Premium Care. Родоначалники подгузников — Pampers — и сегодня сохраняют позиции в списке самых популярных. В отзывах отмечают, что подгузники тонкие и мягкие внутри. Удобные тянущиеся боковинки. Подгузник хорошо впитывает влагу, а также жидкий стул, не протекает.

5. Bella Baby Happy. Российская марка Happy от BellaBaby — относительно недорогая, но весьма качественная. Подгузники имеют супервпитывающий вкладыш с экстрактом зеленого чая. Он покрыт тонким мягким нетканым материалом со структурой микроворонки — PremiumDry, впитывает не только мочу, но и жидкий стул. [7, стр. 12]

1.3 Вред и польза детских подгузников для ребёнка

Вред использования подгузников:

Большинство минусов подгузников, так или иначе, связаны с неправильным выбором модели, которая или не подходит для ребенка по размеру, или изготовлена из материалов, на которые у малыша может развиваться аллергия. Грамотно выбранный и правильно используемый подгузник не причинит ребенку вреда вне зависимости от того, одноразовый он или многоразовый.

- Риск перегреть ребенка. Он возникает, если в помещении слишком тепло, а на малыше надет подгузник, который дополнительно удерживает тепло. Понять, не жарко ли младенцу, поможет осмотр его кожи: если под пеленкой она более розовая, чем в других местах, значит, ребенок перегревается.

- Пеленочный дерматит. Это воспаление кожи под подгузником, которое возникает из-за постоянного контакта с выделениями (мочой и калом). Использование подгузников, которые эффективно впитывают жидкости, наоборот, снижает риск развития болезни, но только в случае, если трусики подобраны правильно. Малейшее трение, вызванное неверным подбором подгузников, приводит к риску усилить симптомы — об этом нужно помнить и выбирать модель так, чтобы она плотно сидела на ребенке и не натирала.

- Аллергические реакции. Они могут проявляться, в том числе на подгузники: отдушку или компоненты впитывающего геля. Случаи индивидуальной непереносимости встречаются нечасто, но, тем не менее, случаются: ребенку может не подходить конкретная марка или модель либо подгузники вообще. Также не следует путать аллергию на пеленки с проявлениями, никак не связанными с их использованием. Это легко отследить: если сыпь проявилась только на участках кожи, которые контактируют с подгузником, причина действительно в нем; если же пятнами покрылось все тело, источник стоит искать в другом месте.

- Риск инфекций мочевыделительной системы у ребенка. Теплая и влажная среда под подгузником может способствовать развитию бактерий. Рекомендуется менять подгузник не зависимо от степени загрязнения 1 раз в 3–4 часа и обязательно после дефекации. Почаще устраивайте малышу воздушные ванны без подгузника.

- Вред окружающей среде. К сожалению, это правда: синтетические компоненты, которые используются при их создании, разлагаются долго и вносят свой вклад в загрязнение планеты. [5, стр.16]

Польза использования подгузников:

- Не приходится постоянно стирать пеленки. Во времена, когда подгузников не существовало, стирка отнимала у молодых матерей намного больше времени, чем сейчас, а когда ребенок маленький или подрастает, успевать все и без того трудно.

- Размеры подгузников для детей позволяют подобрать модель под любой возраст малыша, а огромный ассортимент — возможность выбрать трусики, которые ответят всем предпочтениям родителей.

- Прогулка с ребенком, на которого надет подгузник, намного проще, чем при использовании той же марлевой пеленки. Не приходится менять мокрые штаны, бояться, что малыш замерзнет или испачкается: влагонепроницаемые трусики позволяют гулять часами

1.4 Правила использования подгузников

Во-первых, не рекомендуется держать ребенка в одном памперсе более шести часов, лучше менять через четыре часа. Ну и, конечно, нельзя допускать, чтобы ребенок находился в одном и том же подгузнике целый день.

Во-вторых, если ребенок не спит, то вполне можно снять памперс, дав возможность малышу побыть без него. Не следует надевать подгузники новой марки на длительное время

Глава 2. Анализ значимости применения детских подгузников в Родинском районе

2.1 Опрос врачей педиатров

Первым этапом практической части был проведен опрос двух врачей педиатров Щербининой Любови Иловновны и Эннс Татьяны Николаевны.

Исходя из полученных данных, было выявлено, что они относятся отрицательно к детским подгузникам; польза в их применении только облегчает жизнь родителям; врачи педиатры считают, что ребенок может находиться без него. Также врачи педиатры советуют применение детских подгузников в новорожденном возрасте и на время прогулок, применение их рекомендуют до 6 месяцев. Наиболее частые жалобы родителей на побочные эффекты были в виде аллергических реакций и пеленочный дерматит; только один врач педиатр предоставляет информацию по применению детских подгузников раннего возраста во время патронажей в виде бесед.

2.2 Опрос фармацевтов

Вторым этапом практической части был проведен опрос фармацевтов 3 аптек села Родино. Было выявлено что чаще покупают в их Аптеке Huggies; родители отдают предпочтение фирмам Pampers и Пикул-трусикам. Все фармацевты ответили, что покупатели обращают внимание на цену подгузников, также впитываемость и чтобы был дышащий слой. Так же фармацевты ответили, что детские подгузники отличаются качеством и производителем; родители не предъявляют жалоб на побочные эффекты от детских подгузников. Фармацевты ответили, что детские подгузники в их аптеках покупают достаточно часто.

2.3 Анкетирование родителей

Третьим этапом практической части было проведено анкетирование 20 родителей.

Из проведенного анкетирования родителей, было выявлено, что чаще респонденты используют, фирму-производителя – Huggies; выбирают исходя из советов знакомых и родственников; предпочитают покупку данного товара в магазине; выбирают подгузники, по принципу отличного качества. У большинства респондентов аллергических проявлений на данный продукт не отмечалось. Самое важное качество подгузника, по мнению родителей - хорошая циркуляция воздуха, начали использовать подгузники с рождения ребенка. Родители производят смену подгузников более 5 раз в день. Большинство родителей используют детские подгузники не постоянно. Основная причина использования подгузников, эта гигиена потребителя, большинство родителей планируют применения подгузников до 1-1,5 лет.

2.4 Проведение эксперимента с подгузниками

Четвертым этапом практической части был проведен эксперимент с подгузниками для выявления качества материала, используемых подгузников фирм Harry, Huggies, Momi, Mimiso для детей 3 месяцев, объем мочеиспускания в среднем составляет 50 мл.

Образец №1. Нами был взят подгузник фирмы Harry, в течение всего времени наливали в него по 50 мл каждые 4 часа и были получены следующие результаты: после первого наполнения подгузник полностью впитал всю жидкость. При втором и третьем наблюдается небольшое намочение. При четвертом - образец подгузника фирмы Harry потерял форму, распух, верхний слой мокрый, влага выливается из него.

Образец №2 Нами был взят подгузник фирмы Huggies, в течение всего времени наливали в него по 50 мл каждые 4 часа. Были получены следующие результаты: после четырех наполнений – образец №2 если внимательно посмотреть, то видно, что подгузник распух, при этом верхний слой сухой, влага не выливается из него.

В образце №3 и №4, это в подгузниках фирм Momi, Mimiso так же как и в первом подгузнике потеряли форму, распухли, верхний слой мокрый, влага выливается из них.

Из 4 подгузников наилучшим оказался подгузник фирмы Huggies.

2.5 Составление рекомендаций по использованию детских подгузников

В конце исследовательской работы мы провели беседу о том, что нужно знать о детских подгузниках с проведением мастер-класса по смене детского подгузника с будущими мамами в женской консультации и молодыми мамами в детской консультации.

Были оформлены и вручены буклеты по теме: «Роль детских подгузников в жизни ребенка» и памятки по теме: «Правила использования памперсов». Так же нами была оформлена санбюллетень по теме: «Правила использования детских подгузников».

Заключение

Подгузник - это современное средство гигиены детей и простое удобство для родителей. Но в жизни каждого отца и матери наступает момент, когда приходит время отучать своего ребенка от подгузника. Как это лучше сделать, когда и в каком возрасте - это вопросы, которые мучают практически всех. Однозначного ответа нет, каждый ребенок абсолютно индивидуален, поэтому у каждого этот процесс происходит по-разному.

Таким образом, проведя опрос врачей педиатров, было выявлено, что они относятся отрицательно к детским подгузникам; польза в их применении только облегчает жизнь родителям; врачи педиатры считают, что ребенок может находиться без этих средства. Также врачи педиатры советуют применение детских подгузников в новорожденном возрасте и на время прогулок, применение их рекомендуют до 6 месяцев. Наиболее частые жалобы родителей на побочные эффекты были в виде аллергических реакций и пеленочный дерматит; только один врач педиатр предоставляет информацию по применению детских подгузников раннего возраста во время патронажей в виде бесед.

Проведя опрос фармацевтов, было выявлено, что чаще покупают в их Аптеке Huggies; родители отдают предпочтение фирмам Rampers и Пикул-трусикам. Все фармацевты ответили, что покупатели обращают внимание на цену подгузников, также впитываемость и чтобы был дышащий слой. Так же фармацевты ответили, что детские подгузники отличаются качеством и производителем; у родителей не бывает жалоб на побочные эффекты от детских подгузников. Фармацевты ответили, что детские подгузники в их аптеках покупают достаточно часто.

Из проведенного анкетирования родителей, нами было выявлено: чаще респонденты используют, фирму-производителя - Huggies (40%); выбирают исходя из советов знакомых, родственников и т.д. (50%); предпочитают покупку данного товара: в магазине (45%); покупают/выбирают подгузники, по принципу отличного качества-70%; чаще предпочитают на липучках (60%); у 75% проявления на данный продукт аллергии не отмечалось. Самое важное качество подгузника, по мнению родителей - хорошая циркуляция воздуха (75%);55% начали использовать подгузники с рождения ребенка. Родители производят смену подгузников более 5 раз в день (40%); основная причина использования подгузников, эта гигиена потребителя (45%); большинство родителей планируют применения подгузников до 1-1,5 лет (50%).

Был проведен опыт для выявления качества материала, используемых подгузников фирм Harry, Huggies, Momi, Mimiso. Образец № 2 фирмы Huggies распух, верхний слой сухой, влага не выливается из него. Первый, внутренний слой плотно контактирует с кожей с кожей малыша, поэтому его состав должен быть мягким, приятным на ощупь и гипоаллергенным. При этом, материал должен хорошо пропускать влагу только в одну сторону. Если мы внимательно его рассмотрим под большим увеличением, то увидим, что он состоит из множества отверстий, напоминающих форму воронки, что позволяет влаге легко проникать внутрь и оставаться там. А вот образец под № 1, № 3, № 4 Harry, Momi, Mimiso, потеряли форму, распухли, верхний слой мокрый, влага выливается из них.

В итоге исследовательской работы мы провели беседу с родителями о том, что нужно знать о детских подгузниках, так же был проведен мастер-класс по смене детского подгузника будущим мамам в женской консультации и молодыми мамами в детской

консультации. Били оформлены и вручены памятки по «Правилам использования памперсов» и буклеты «Роль детских подгузников в жизни ребенка». Так же нами была оформлена санбюллетень: «Правила использования детских подгузников» которую мы разместили в детской консультации КГБ УЗ «ЦРБ с.Родино».

С поставленной целью и задачами исследовательской работы справились в полном объёме.

Список использованных источников

1. Комаровский Е. О., Кафедра детских болезней РУДН, Москва «Одноразовые подгузники»- М.:2023 – 324 с.
2. Табакова Н. А. Младенец без подгузников: обзор литературы.- М.: 2023 - 227-230с.
3. Бауэр И. М. К. Жизнь без подгузника. - М.: 2021 -400.
4. Особенности развития детей в раннем возрасте // [Электронный ресурс].- <https://cyberlen.ru/article>
5. О влиянии детских подгузников // [Электронный ресурс].- <https://cyberleninka.ru/article>
6. Правила использования детских подгузников в уходе // [Электронный ресурс].- <https://medaboutme-ru.turbopages>.
7. Подгузники для детей: плюсы и минусы// [Электронный ресурс]. - <https://nutrilak.com/article>

ОСОБЕННОСТИ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ВЫБОРА СТУДЕНТОВ РОДИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

*Ковтун Алексей Григорьевич,
Руководитель: Е.А. Пидрейко
КГБПОУ «Родинский медицинский колледж»*

Актуальность темы состоит в том, что учащаяся молодёжь — это важнейшая составляющая не только репродуктивного, но и интеллектуального потенциала нации, её генофонда. Сегодня все больше исследователей говорят о контрацептивной культуре, контрацептивном поведении. В обществе не принято публичное обсуждение этих аспектов жизни. Исследование контрацептивного поведения особенно актуально сегодня в связи с остро стоящей проблемой абортов. Медики сходятся в едином мнении: современная контрацепция – это единственная альтернатива абортам.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, число абортов у девочек до 14 лет включительно в 2014 году снизилось по сравнению с 2013 годом на 25,6% (с 450 до 335), у девушек 15–17 лет – на 20,5% (с 11 434 до 9085) [1].

До сих пор по абсолютному числу абортов Россия уступает только Китаю, а по относительным показателям находится на 1 месте в мире. Для решения проблемы абортов 70–75% женщин должны пользоваться современными контрацептивами. [2, с. 496-498]

Наиболее остро стоит проблема формирования адекватного контрацептивного поведения у студентов, получающих среднее образование. Заинтересованность в успешном окончании учебы, карьерные устремления в большинстве случаев заставляют их откладывать рождение ребенка, по крайней мере, до окончания колледжа. Следовательно, их контрацептивное поведение должно быть оптимизировано в отношении условий жизни и перспектив, как карьеры, так и репродукции. [1].

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературу по исследуемой теме.
2. Оценить уровень базовых теоретических знаний о контрацепции среди студентов.

3. Провести анкетирование студентов Родинского медицинского колледжа.
4. Провести анализ анкетирования студентов Родинского медицинского колледжа.
5. Оформить рекомендации по применению современных методов контрацепции.

Объект исследования: современные методы контрацепции.

Предмет исследования: информированность студентов РМК о методах контрацепции

Методы исследования: анализ медицинской литературы, анкетирование, сравнительный анализ, статистическая обработка данных.

Базы исследования: КГБ ПОУ «Родинский медицинский колледж»

С древнейших времен человечество искало способы регулирования рождаемости. Интересным фактом является то, что почти все методы современной контрацепции известны уже многие века, с течением времени они претерпели существенные изменения, но суть осталась прежней. [3, с.400]

Календарный метод использовался различными племенами в Африке и Америке, а также упоминается в Библии. Женщины применяли отвары трав и другие средства, такие как презервативы. [1, с.260]

Изучение женских гормонов привело к разработке первых контрацептивных методов в 1920-х годах. В 1960 году были созданы первые оральные контрацептивы, что стало революционным событием. Сегодня доступен широкий выбор гормональных средств, но презервативы остаются актуальными для защиты от инфекций.

Внутриматочные средства контрацепции стали популярны в 60-70-х годах XX века, включая различные модели спиралей. Женская стерилизация также развивалась со временем, начиная с первой операции в 1880 году. Лапароскопия и другие методы сделали эту процедуру более безопасной и эффективной. [2, с.176]

Контрацепция – предотвращение беременности механическими, химическими и другими противозачаточными средствами, и способами.

Современные виды контрацепции:

1. Комбинированные оральные контрацептивы,
2. Внутриматочная контрацепция,
3. Стерилизация (мужская, женская)

Традиционные методы:

1. Барьерные методы контрацепции (женские и мужские презервативы)
2. Химические методы (спермициды)
3. Экстренная контрацепция,
4. Натуральные методы контрацепции (календарный, температурный),
5. Метод прерванного полового сношения (coitus interruptus) – не рекомендуемый
6. Метод лактационной аменореи.

Ведущим критерием при выборе метода контрацепции является эффективность (надежность) метода, которая определяется индексом Перля. Индекс Перля показывает процент контрацептивных неудач при использовании метода в течение одного года.

Современные методы контрацепции, их преимущества и недостатки.

Преимущества гормональных методов контрацепции включают высокую надежность, безопасность, удобство использования. Недостатки могут включать нежелательные побочные эффекты, отсутствие защиты от ИППП и возможность развития других заболеваний.

Внутриматочные контрацептивы подразумевают использование приспособлений из пластика с медью (в состав могут входить и другие металлы), которые помещаются врачом в полость матки и вызывают асептическое воспаление, которое создает условия неблагоприятные для продвижения сперматозоидов и имплантации зиготы. Помимо этого, существуют ВМС, которые содержат контейнер с гормоном–гестагеном, что позволяет достичь не только выраженный контрацептивный эффект, но и лечебный (Система Мирена). Преимущества метода: надежный контрацептивный эффект; высокая безопасность (нет системного воздействия на организм); отсутствие связи с половым актом и необходимости самоконтроля; возможность использования при грудном вскармливании. Недостатки метода: НМЦ, альгодисменорея, отсутствие защиты от ИППП и повышение риска развития неспецифических ВЗОМТ. [1, с.728]

Стерилизация является эффективным методом постоянной контрацепции без отрицательного влияния на половую функцию. Преимущества включают высокую эффективность и отсутствие побочных эффектов, но метод не защищает от ИППП.

Для подростков важно выбирать эффективные, безопасные и удобные методы контрацепции из-за высокой частоты непланируемых беременностей и ЗППП. Рекомендуется использовать "двойной" метод, то есть комбинировать оральные контрацептивы с презервативами для защиты от беременности и ИППП. Экстренная контрацепция после незащищенного полового акта может помочь предотвратить нежелательную беременность. Не рекомендуется полагаться на естественные методы контрацепции из-за их низкой эффективности у подростков.

Репродуктивный возраст характеризуется повышенной сексуальной активностью и фертильностью. В репродуктивном возрасте (19–35 лет) важно выбирать метод контрацепции с высокой надежностью, возможностью быстрого восстановления фертильности, защитой от ИППП и СПИДа. Рекомендуется использовать разнообразные методы, такие как КОК, барьерные средства, ВМС и систему Мирена. [3, с.176]

В практической части исследовательской работы мы провели опрос студентов Родинского медицинского колледжа, а также сравнили ответы обучающихся специальностей Лечебного и Сестринского дела.

В нашем колледже обучается 422 студента, из которых анкетирование прошло 253, что составляет 60% от всех обучающихся. Что, к сожалению, говорит о малой заинтересованности студентов о применении методов контрацепции.

Таблица 1 – Возрастной показатель студентов, участвовавших в анкетировании

Возраст	Количество	Процентное соотношение
От 16 до 18 лет	119	49%
От 19 до 21 лет	114	46%
От 22 до 24 лет	13	5%

Из данных представленных в таблице было установлено, что наибольшее количество опрошенных студентов в возрасте от 16 лет до 21 года. Так же в результате опроса выяснилось, что большинство респондентов женского пола, а именно по специальности Лечебное дело – 75% и Сестринское дело – 79,5% женского пола, а 25% и 20,5% соответственно мужского пола.

Таблица 2 – Половая жизнь

Специальность	Живут половой жизнью	Девственники
ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО	54	38
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО	73	88

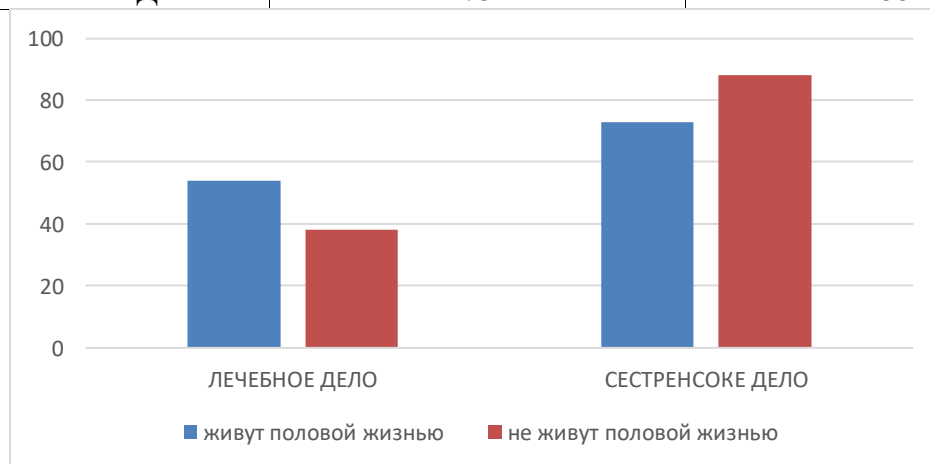


Рисунок 1 – Половая жизнь

На диаграмме видно, что около 50 % опрошенных обеих специальностей живут половой жизнью. В то время как, остальные 50 % респондентов являются девственниками. Если рассматривать по отделениям, тогда результат такой – на Лечебном деле 59 % студентов живут половой жизнью, а 41 % являются девственниками. На Сестринском деле: 45% обучающихся живут половой жизнью, а 55% являются девственниками, это объяснимо младшим возрастом студентов.

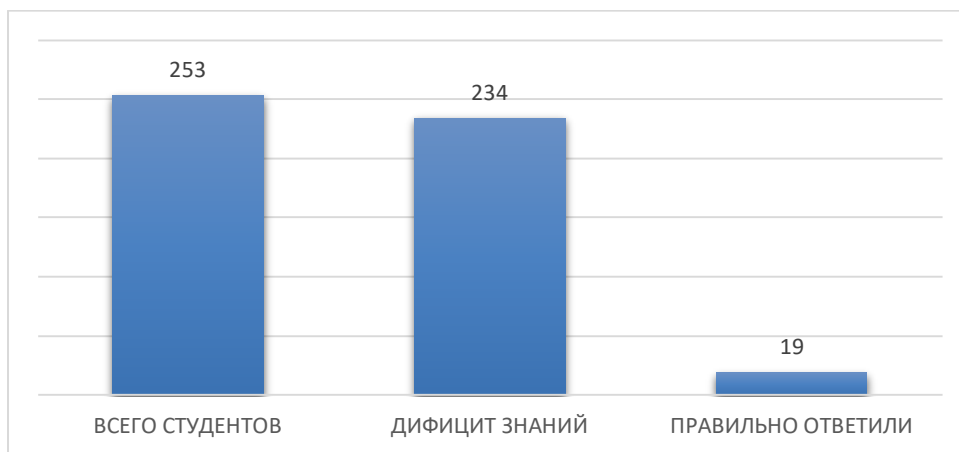


Рисунок 2 – Дефицит знаний о контрацепции

При опросе выяснили, что большинство студентов сестринского отделения считают свой уровень знаний о методах контрацепции очень хорошим или средним, в то время как лечебное отделение считает свой уровень знаний средним и меньшее количество очень хорошим. Но данные, предоставленные на диаграмме, говорят о том, что студенты переоценивают свой уровень знаний о контрацептивной грамотности, а это около 90 % респондентов, так как студенты обеих специальностей ошибочно полагают, что контрацепция — это метод не только для предотвращения беременности, но и метод для защиты от ИППП.

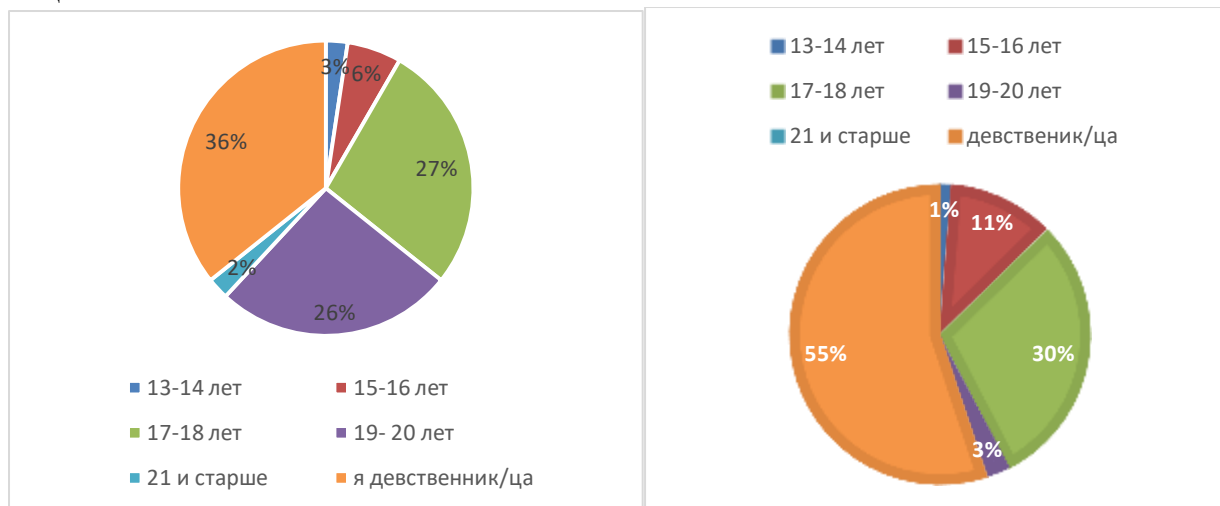


Рисунок 3 – Сексуальный дебют ЛД

Рисунок 4 – Сексуальный дебют СД

Исходя из данных, представленных на диаграммах, видно, что у половины респондентов отделения Лечебное дело первый половой акт был в возрасте 17 – 20. У студентов специальности Сестринское дело, так как они младше, первый половой акт был в возрасте 17-18 лет, это треть опрошиваемых.

Так же мы выяснили что основными требованиями, предъявляемыми к контрацепции, стали: надежность, которая стала основой при выборе контрацепции; отсутствие вредного влияния на организм и доступность, а вот ценовой показатель меньше всего интересует наших студентов.

В результате опроса было выяснено, что большинство участников считают барьерные методы (презервативы, колпачки) наиболее эффективными – 93,5% и 90,1%. Противозачаточные таблетки (КОКи) занимают второе место с результатами 72,8% и 69,6%, за ними идут внутриматочные средства (спираль) с 44,6% и 50,3%, а также стерилизация с показателями 22,8% и 31,1%. Однако, фактически самым эффективным методом является стерилизация.

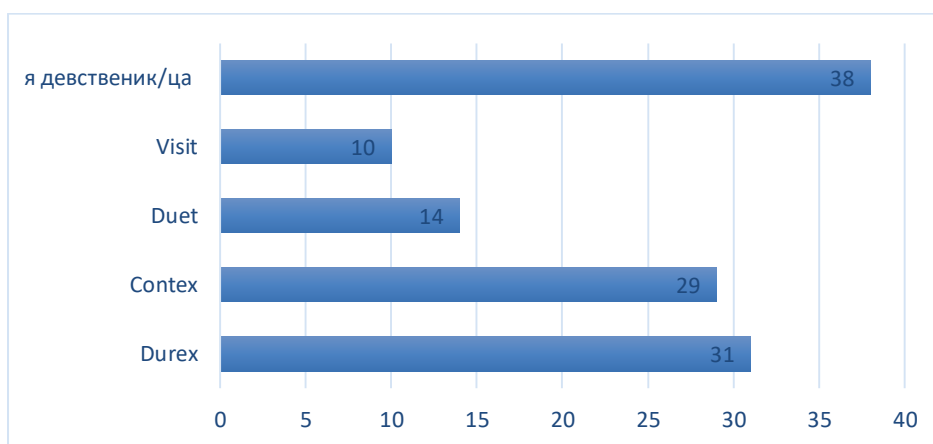


Рисунок 5 – Популярные методы контрацепции студентов Лечебное дело

Исходя из данных на рисунке, было выявлено, что самый популярный бренд контрацепции у студентов Лечебного дела – «Durex».

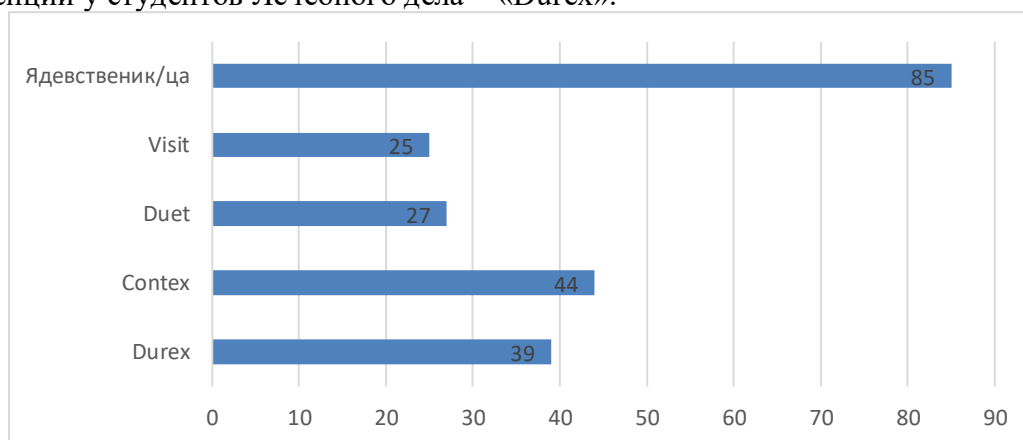


Рисунок 6 – Популярные методы контрацепции студентов Сестринское дело

Исходя из данных на рисунке, было выявлено, что самый популярный бренд контрацепции у студентов у студентов Сестринского дела – «Contex».

На заключительном этапе исследовательской работы была проведена беседа на тему: «Современные методы контрацепции» для студентов 16 группы отделения Лечебное дело с применением мультимедийной презентации, оформили и вручили им памятки «Правила пользования презервативом».

Таким образом при проведении моего исследования выяснилось: низкая информированность студентов РМК о современных методах контрацепции так как 90 % не знают даже определения понятия, кроме этого не знают, что самым эффективным методом контрацепции является стерилизация. Средний возраст вступления в половые связи наших студентов 18 лет. Многие получают знания по теме из СМИ и интернета, что тоже не является правильным т.к. не вся информация проверена на соответствие действительности и имеет официальный медицинский источник. Радует, что студенты РМК предпочитают в качестве контрацептивов использовать презервативы, которые кроме контрацептивного эффекта, защищают от ИПП, используют методы контрацепции около 90% студентов, живущих половой жизнью. При выборе контрацепции для студентов важны надежность и эффективность, а цена не играет большой роли. Студенты РМК предпочитают фирмы Contex и Durex.

Список использованных источников

1. Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа
2. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, Л. Р. Токтар. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва

3. Дзигуа, М. В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни: учебник / М. В. Дзигуа. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва
4. Обратимая контрацепция длительного действия: руководство для врачей / Е. А. Межевитинова, Н. М. Назарова, М. А. Кепша [и др.]. - Москва: URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970484210.html>
5. Подзолкова, Н. М. Современная контрацепция. Новые возможности, критерии безопасности, основы консультирования / Н. М. Подзолкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4737-6. - - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447376.html>

БОЛЬ В СПИНЕ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Колесников Михаил Андреевич

*Научный руководитель - Векман Константин Валерьевич
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Аннотация. Боль в спине – одна из самых частых причин обращения за медицинской помощью среди пациентов всех возрастных категорий. В России практически каждый второй пациент обращается в поликлинику в связи с болью, при этом в половине таких обращений присутствует жалоба на боль в спине. Боль в спине занимает первое место среди всех неинфекционных заболеваний по показателю, отражающему количество лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья. Последние 25 лет наблюдается заметное увеличение частоты боли в шее и нижней части спины и, вероятно, число таких пациентов будет расти и дальше в связи с увеличением средней продолжительности жизни населения. В настоящее время боль в спине занимает четвертое место среди причин нетрудоспособности населения после ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний и инфекций нижних дыхательных путей. Распространенность боли в спине выше в странах с высоким уровнем доходов, чем в странах со средним или низким уровнем доходов. При этом распространенность боли в спине среди сельских и городских жителей оказалась примерно одинаковой.

Ключевые слова: боль в спине, опорно-двигательный аппарат, студенческая молодежь.

В современном мире проблема боли в спине остается актуальна, так как она приводит к нарушению здоровья. Чуть ли не каждый человек в своей жизни сталкивается с болью в спине, пояснице, шейном отделе позвоночника.

Боль в спине определяется как острая, если она сохраняется до 6 недель, и подострая, когда она сохраняется до 3 месяцев. Хроническая боль в спине определяется как боль в спине, которая длится более 3 месяцев [1].

Студенческая молодежь относится к особой категории населения, объединенной специфическими особенностями образа жизни, труда, которые характеризуются высокой степенью психоэмоционального напряжения, информационных нагрузок в сочетании с малоподвижным образом жизни.

Причины возникновения боли в спине можно разделить на вертеброгенные и невертеброгенные.

Вертеброгенные причины:

- Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника (грыжи межпозвоночных дисков, артроз межпозвоночных (фасеточных) суставов, стеноз позвоночного канала, оссифицирующий лигаментоз);
- Травматические повреждения (переломы тел, дужек, отростков позвонков, травматическая грыжа межпозвоночного диска);
- Дисплазии и аномалии развития позвоночника;

- Первичные и метастатические опухоли;
- Спондилиты, метаболические спондилопатии, нейрогенные спондилоартропатии (при сифилисе, сахарном диабете);
- Дисплазии позвоночника.

Невертеброгенные причины:

- Растяжение мышц и связок;
- Миофасциальный синдром;
- Фибромиалгия, миозит;
- Заболевание внутренних органов;
- Аневризма брюшного отдела аорты;
- Артроз тазобедренного сустава;
- Психические расстройства.

Но наиболее частая причина боли в спине — дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника.

Дегенеративные изменения являются начальным этапом патологического каскада и инициируются такими факторами, как повторная травма, статическая и динамическая нагрузка, наследственная предрасположенность, в результате чего межпозвонковый диск постепенно теряет упругость и свои амортизирующие свойства, становится более чувствительным к механической нагрузке. Локализованное по периферии диска фиброзное кольцо истончается, формируются трещины, по которым центральная часть диска (пульпозное ядро) перемещается к периферии, образуя выпячивание — протрузию. Вследствие травмы или нагрузки протрузия имеет тенденцию к увеличению, что приводит к выпячиванию фиброзного кольца и пульпозного ядра в позвоночный канал — и эта клиническая ситуация диагностируется как грыжа диска, которая визуализируется в виде солидного цельного образования, либо делится на фрагменты, которые наблюдаются в позвоночном канале. Болевые ощущения являются результатом раздражения болевых рецепторов наружных слоев фиброзного кольца и задней продольной связки. Далее, по ветвям синуввертебрального нерва болевые импульсы достигают структур спинного мозга. В ответ происходит спазм сегментарных мышц позвоночника, который носит защитный характер и приводит к иммобилизации пораженного позвоночного сегмента — миофиксации. Постепенно этот процесс утрачивает защитную роль и становится автономным фактором, поддерживающим боль. Смещение грыжи в сторону позвоночного канала или межпозвоночного отверстия может привести к развитию радикулопатии или повреждению спинномозгового ганглия, что может быть спровоцировано не только механическим воздействием, а также воспалением, отеком и демиелинизацией. Важным процессом, происходящим на ранних этапах дегенерации, является снижение высоты межпозвонковых дисков. Это ведет к нарушению функционирования двух смежных позвонков, формирующих позвоночно-двигательный сегмент совместно с межпозвонковыми дисками спереди, двумя межпозвонковыми (фасеточными) суставами сзади и с окружающими их мышцами и связками. Подобная нестабильность, в значительной степени, повышает чувствительность позвоночника к нагрузке, резким движениям, травмам, а также ускоряет прогрессирование дегенеративных изменений. В течение длительного времени подобные нарушения могут оставаться бессимптомными, но при декомпенсации защитных систем они проявятся болью в спине. Завершается дегенеративный каскад разрастанием остеофитов, фиброзированием диска и капсулы, анкилозом фасеточных суставов и утолщением связок. Есть данные, что на фоне этих процессов уменьшается выраженность болевых синдромов, однако, в большинстве случаев травмируются корешки, вызывая стойкую боль, которая в ряде случаев сопровождается стенозом позвоночного канала [2].

Специалистами федеральных и региональных органов управления образованием и социальной защиты был проведен анализ состояния профессионального образования студентов в Российской Федерации. Он показал, что прием студентов с отклонениями в состоянии здоровья в колледжи и вузы неуклонно растет, в этом числе и отклонения в состоянии опорно-двигательного аппарата. Необходимо вовремя выявлять нарушения в

состояние опорно-двигательного аппарата и вести профилактику их возникновения, так как эти нарушения влияют на внешность, функциональное состояние и работу внутренних органов человека, на работоспособность, на состояние других систем организма [3].

Определение функционального состояния опорно-двигательного аппарата студенческой молодежи в процессе обучения, в частности исследование состояния его наиболее уязвимых сегментов, является достаточно продолжительное время актуальной научной задачей. Учебная и трудовая жизнь студентов в сочетании с гиподинамией, психоэмоциональной напряженностью, хроническим недосыпанием, в силу возрастных особенностей и образа жизни, способствует развитию и осложнению различных функциональных нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата [3].

В высших и средних учебных заведениях на образовательный процесс оказывают влияние множество факторов, влияющих на состояние здоровья студентов. Одно из составляющих здоровья студентов – это состояние их опорно-двигательного аппарата. Костно-мышечная система является основой осанки и занимает важное значение в жизнедеятельности человека.

При опросе студентов «Замечаете ли вы, что ваша спина начинает болеть после длительной и сидячей работы», все студенты ответили «Да», следовательно, можно сделать вывод, что многие студенты имеют проблемы со спиной, вследствие длительной, сидячей работы, которая, как правило, занимает большую часть времени. И для того, чтобы не возникало таких трудностей, стоит делать короткие перерывы во время работы [4].

А когда появится свободное время, можно пойти на плавание, оно стимулирует укрепление мышечного корсета, позвоночного столба, гармонизирует тонус околопозвоночных мышц, мышц грудной клетки и поясницы.

Нездоровое состояние позвоночника, возникшее, возможно, в детстве, приведет неизбежно к различным проблемам в старшем возрасте. И очень часто даже медики не сразу распознают причины многих заболеваний, истоки которых кроются в том, что гигиеническая культура тела не стала неотъемлемой частью общей культуры человека.

Для того чтобы иметь красивую фигуру и правильную осанку тела, необходимо следить за развитием своего позвоночника, а для этого нужно заниматься спортом, делать зарядку, посещать бассейн, уроки физической культуры, употреблять пищу богатую витаминами, вести здоровый образ жизни.

Многие студенты, имея проблемы с осанкой, сопровождающиеся болью, относятся к этому халатно, не придавая серьезного значения. Однако важно решать данную проблему как можно раньше, для того, чтобы впоследствии не было серьезных заболеваний [5].

Цель исследования.

Оценка состояния костно-мышечного каркаса студентов и распространённость боли в разных отделах позвоночника.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» методом анонимного анкетирования. В исследовании приняли участие 500 студентов следующих отделений: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело, Фармация и Стоматология Ортопедическая (445 девушек и 55 юношей) 1-2 курсов. Средний возраст от 17 до 21 лет.

Результаты исследования.

1. С болями в повседневной жизни встречаются 68% девушек и 41% юношей. Оставшиеся студенты не сталкиваются с болью в спине в повседневной жизни.

2. Боли возникают 1 раз в неделю у девушек 35% и 41% юношей. 2-3 раза в неделю 21% девушки и 14% юноши. Боли присутствуют постоянно у 43% девушек и 45% юношей.

3. Боли отмечают во время сна девушки 16% и 7% юношей.

4. По жесткости постель имеют: мягкую 16% девушек и 9% юношей, полумягкую 68% девушек и 76% юношей и жесткую 16% девушек и 15% юношей.

5. Боли в положении сидя возникают у 56% девушек. За первые 30 минут 28%. За 1-2 часа 59% и 3-4 часа у 13%. У юношей боли в положении сидя возникают у 40%. За первые 30 минут 40%. За 1-2 часа 37% и 3-4 часа 23%.

6. Боли в положении стоя возникают у 37% девушек. За первые 30 минут 60%. За 1-2 часа 19% и 3-4 часа 21%. У юношей боли в положении стоя возникают в 29% случаев. За первые 30 минут 19%. За 1-2 часа 69% и 3-4 часа 12%.

7. Боли при ходьбе возникают у девушек 15%. За первые 30 минут 29%. За 1-1,5 часа 30% и 2-3 часа 41%. Боли при ходьбе возникают у юношей 18%. За первые 30 минут 30%. За 1-1,5 часа 50% и 2-3 часа 20%.

8. Боли при беге возникают у девушек 9%. За первые 30 минут 82%. За 1 час 10% и 1,5 часа 8%. При беге боли возникают у юношей 15%. За первые 30 минут 63% и за 1 час 37%.

9. По интенсивности боли бывают не значительными у девушек 32% и 21% юношей, умеренные у девушек 65% и 69% юношей, сильные у девушек 3% и у 10% юношей.

10. По локализации боли в шее возникают у девушек 22% и 7% юношей, между лопаток у девушек 13% и 35% юношей, в пояснице у девушек 63% и 23% юношей.

11. По продолжительности боли сохраняются в течении 30 минут у девушек 50% и 43% юношей. 1-3 часов 22% девушек и 41% юношей. 4-6 часов 6% девушек и 6% юношей. 7-12 часов 9% девушек и 2% юношей. Более 12 часов 6% девушек и 7% юношей, боли присутствуют на постоянной основе 7% девушек и 1% юношей.

12. При подъеме тяжестей боль возникает у девушек 48 % и 38% юношей.

13. В процесс обучения предусмотрены программой занятия физической культурой. Все студенты делятся на спортивные группы. Без ограничений, то есть имеют основную группу, занимаются 81% девушек и 82% юношей, подготовительную группу имеют 13% девушек и 15% юношей, специальную группу имеют 6% девушек и 3% юношей.

14. Из всего количества тестируемых студентов дополнительно занимаются спортом 49% девушек и 62% юношей. По количеству времени 1-2 часа в неделю занятию спортом уделяют 30% девушек и 15% юношей. 3-4 часа 31% девушек и 9% юношей. 5-6 часов 20% девушек и 35% юношей, 7-8 часов и более – 19% девушек и 41% юношей.

Из выше изложенных результатов, можно сделать вывод, что у девушек и юношей чаще возникает боль в спине, умеренной интенсивности, в положении сидя. Боль возникает преимущественно у девушек. Но, не смотря на боли, студенты занимаются спортом, а также находятся в специализированных спортивных группах и считают занятия спортом, как профилактическое средство от болей в спине. Если боль появляется довольно часто и долго не проходит, стоит обратиться к специалистам медицинского профиля. Они определяют причину боли и дадут лечебные рекомендации для эффективного лечения. На данный момент, из опрошенных студентов, на учете у медицинских специалистов, таких как терапевт, невролог, ортопед состоят 16% девушек и 13% юношей с болями разной локализацией и интенсивностью в спине

Заключение.

1. Студенческая молодежь относится к особой категории населения, объединенной специфическими особенностями образа жизни, труда, которые характеризуются высокой степенью психоэмоционального напряжения, информационных нагрузок в сочетании с малоподвижным образом жизни. Студенческий возраст — период юности и ранней зрелости — приходится на возрастную границу 17–25 лет, данный период играет важную роль в формировании здоровья. От эффективности данного этапа жизни зависит то, как долго сохранится индивидуальная психофизическая активность человека в период зрелости. В результате адаптации к учебному процессу у студентов снижаются компенсаторные возможности функциональных систем, состояние их здоровья из года в год ухудшается.

2. Гиподинамия отрицательно влияет на состояние студентов, продолжительное сидячее положение вместе с тем игнорирование перемен нарушает не только осанку, но и приводит к неравномерному распределению тяжести на отделы позвоночника, что и приводит к напряжению, боли, усталости в спине. Анализ научной литературы показывает, что наиболее распространенными и социально значимыми отклонениями в состоянии

здоровья современных студентов являются нарушения и заболевания опорно-двигательной системы. Выявление факторов риска, отрицательно влияющих на состояние опорно-двигательного аппарата обучающихся, определение причинно-следственных принципов — необходимые условия для осуществления своевременной диагностики, профилактики, адекватной коррекции нарушений и заболеваний костно-мышечной системы.

3. Для предупреждения нежелательных последствий и предотвращения гиподинамии: для предотвращения серьезных последствий может помочь обычная ходьба. На остановку выходите пораньше, пройдите до нужного места пешком. Иногда и вовсе вместо ожидания и езды на транспорте с пробкой, быстрее можете дойти пешим ходом. В рабочие дни во время перерыва находите больше на свежем воздухе, для подъема правильнее использовать лестницу, а не лифт. В помещении можно выполнять упражнения, используя свою массу тела и не обязательно для этого ходить в спортивные залы. Вместо социальных сетей и сообщений, лучше встретиться и поговорить вживую. Разговаривая по телефону, ходите по пространству, смотря телевизор или слушая музыку, одновременно можете делать домашние дела: уборку, складывать вещи и др. Танцы – это один из источников активной жизни, во время танца хорошо становится не только нашему телу, но и мозгу, появляются положительные эмоции. Просто нужно включить любимую ритмичную песню и двигаться под нее. Поверьте, организм почувствует полезный эффект.

4. Это позволяет сделать вывод, что опорно-двигательный аппарат является важной составляющей жизнедеятельности человека, его состояния здоровья. От состояния опорно-двигательного аппарата зависит и работа других систем организма, что особенно важно для обучающихся студентов. От состояния их опорно-двигательного аппарата будет зависеть также умственная и физическая работоспособность, внимание.

Список использованных источников

1. Н.В. Пизова. Боль в спине // Медицинский совет. 2017. С. 70-77.
2. О.С. Левин. Хроническая боль в спине: возможна ли индивидуализация терапии? // Современная терапия в психиатрии и неврологии № 1-2. 2023. С. 26-34.
3. Никифоров Д.Е., Никифорова О.Н. Методика коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у студентов аграрных вузов // ООО "Центр социальных агроинноваций СГАУ. 2016. С. 172–178.
4. Кабышева М.И, Глазина, Т.А. Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата студентов (на примере Оренбургского государственного университета) // Вестник Оренбургского государственного университета. 2017. С. 129–134.
5. Солодовник Е.М., Неповинных Л.А. Современные аспекты нарушения осанки среди студентов ПЕТРГУ, подходы к коррекции и профилактике // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2019. С. 97-100.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Кушникова Елена Николаевна,
Руководитель: Пугачева Ольга Леонидовна
ОГБПОУ «Нижнеудинское медицинское училище»*

Сахарный диабет - это группа обменных заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом нарушения образования инсулина, действия его или обоих этих факторов. Впервые СД научились диагностировать по повышенному содержанию сахара в крови, поэтому и название дали «сахарный». Но в крови повышены еще и белки, и жиры. Собственно, нарушаются все четыре вида обмена веществ. Хроническая гипергликемия вызывает механическое повреждение тканей, нарушение функции органов, особенно глаз, нервов, сосудов и т. д. В том числе и стопа. А поскольку стопа является фундаментом и опорой нашего тела, ей необходимо особенное внимание.

Поскольку без возможности самостоятельного передвижения в разы снижается качество жизни, эстетический вид, страдает психика. И с этой точки зрения диабетики являются группой риска такого осложнения сахарный диабет, как синдром диабетической стопы. И хотя синдром диабетической стопы не развивается с первого дня увеличения уровня глюкозы в крови более 7,0-8,0 ммоль/л, каждый пациент с диагнозом «сахарный диабет» должен помнить о таком грозном возможном осложнении. Отправной точкой развития синдром диабетической стопы, считается не дата установления диагноза «Сахарный диабет», а время, когда были выявлены первые симптомы: однократные подёмы глюкозы крови, сухость во рту и другие.

Инвалидизация при сахарном диабете самая ранняя среди всех известных заболеваний человечества. Сейчас диабет вышел на второе место по смертности после онкологии. Считается, что 3% всего населения земли страдают сахарным диабетом. Кроме того, на каждого диагностированного больного приходится 3-4 неподозревающих о своем диагнозе. Удвоение этих цифр происходит каждые 15 лет. И чем короче ваш путь от кровати до куска мяса, тем выше риск. Соответственно выходит, что, чем выше уровень жизни, тем выше риск. Так как факторами риска являются ожирение, малоподвижный образ жизни. И 80-85% среди больных сахарным диабетом именно сахарный диабет 2 типа. При диабете 1 типа синдром диабетической стопы развивается у одного из 17 заболевших. А при сахарном диабете 2 типа синдром диабетической стопы у каждого третьего. Лечение сахарного диабета превышает затраты по сравнению с остальными заболеваниями в три раза. По мимо этого есть еще косвенные затраты на инвалидизацию и раннюю смертность.

Синдром диабетической стопы - специфическое осложнение сахарного диабета в виде комплекса анатомических и функциональных повреждений стопы, возникающих на фоне поражения нервов, сосудов, костей, суставов, мышц, кожи стопы с возможным формированием язв и гангрены. Термин появился в 1985 году. ВОЗ официально признала его осложнением только в 1987 году.

Более половины всех ампутаций в России из-за сахарного диабета. Около 30% подвергаются повторной ампутации, 20% погибают через год после ампутации, 53% в течении 5 лет. Причина в сопутствующей патологии ССС и почек. В 85% случаев ампутации предшествуют язвенные дефекты, возникающие на месте микротравмы.

На данный момент в г. Нижнеудинске с высокими ампутациями на учете у эндокринолога состоит 12 человек. Из них 3 женщины и 9 мужчин. И это только с ампутациями на уровне бедра. А сколько еще, возможно, с ампутированными пальцами, стопой!?

При проведении анкетирования среди 30 человек с диагнозом сахарный диабет 2 типа были получены следующие показатели.



Рисунок 1 - Опрос по правилу ухода за стопой

Как показал опрос, превалирующее большинство просто не имеют представления о том, что уход и осмотр необходим, либо имеют совершенно неверное представление об этом. И только 4 человека прекрасно информированы. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что пациентов либо совсем не знакомят с необходимой информацией, либо неверно доносят. Проработав данные опроса, хочется выяснить о специализированных возможных местах обучения диабетиков и выяснилось, что кабинета диабетической стопы в городе нет, и школ для обучения по сахарному диабету тоже.

Кабинет профилактики не функционирует в полном объеме из-за нехватки кадров в здравоохранении. Единственное место, где проходит обучение – это комплексный центр социального обслуживания г. Нижнеудинска. По словам сотрудников, один раз в три месяца приезжает специалист из с. Шеберта и проводит обучающий семинар.

Согласно клиническим рекомендациям, рекомендуется проведение комплексного обследования стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) всем пациентам с сахарным диабетом 2 типа не реже 1 раза в год для оценки периферической чувствительности и состояния периферических артерий. Это рекомендация для диспансерного наблюдения пациентов без осложнений. Согласно данным анкетирования на приеме пациентам чаще всего стопы не осматривают. Хотя, данные о том, что сами пациенты стесняются, показать свои ноги не менее значимы. А вот все те же 4 человека, что осведомлены больше остальных, иногда проходят осмотр стоп.

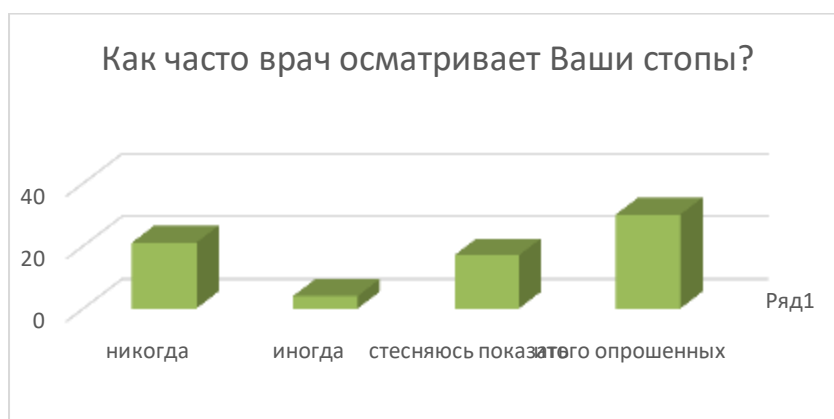


Рисунок 2 - Опрос, как часто осматривает врач стопы

Выяснилось, что именно стеснение пациента является, причиной поздней диагностики осложнений со стороны стоп. Данный вывод также основан на личных наблюдениях. Поскольку я являюсь так же действующим мастером педикюра, а точнее подологом (хотя данная профессия официально не существует), при сборе анамнеза во время процедуры выясняется почти в 100% случаев, что лица с диагнозом сахарный диабет приходят не к врачу с проблемами, а к мастеру педикюра.

Прекрасно, если мастер прошла хорошие информативные курсы, а еще лучше имеет медицинское образование, ведь именно те, кто имеют медицинское образование, могут иметь высокий уровень представления о данном заболевании и всех существующих осложнениях и проблемах.

Ведь базовое образование по педикюру, при котором совершенно не рассказывают, об особенностях стоп может привести к очень высокому риску неверной обработки стопы, травмам и т. д. Специализированного кабинета диабетической стопы в городе просто нет, что повышает риск осложнений.

Очень часто язвы возникают на месте мозолей и гиперкератозов. Язва стопы является причиной госпитализации в обязательном порядке. Лечение в стационаре обходится в приличную сумму в связи с продолжительным по времени процессом.



Рисунок 3 - Диабетическая язва стопы



Рисунок 4 - Трещины стопы при диабете

И большинство пациентов не имеют ни малейшего представления о требованиях к своей стопе, о необходимости регулярного, атравматичного педикюра. Очень часто в домашних условиях применяются лезвия и бритвы для обработки кератозов, что совершенно недопустимо. С завидной регулярностью выстригают углы ногтей, что приводит к травматизации во время паттерна шага и, как следствие, воспаления мягких тканей пальца. Или еще лучше. Просто не состригают своевременно длину ногтевой пластины, что тоже приводит к скручиванию ногтевой пластины и прогрессированию онихогрифоза.



Рисунок 5 - Скручивание ногтевой пластины

Конечно, можно привести еще много фактов нарушения протоколов, несознательности пациентов и т.п. Но гораздо эффективнее будут действия, направленные на разрыв механизма и внедрении междисциплинарного сотрудничества, что не требует особых финансовых затрат, но и значительно снизит частоту высоких ампутаций при сахарном диабете.

Необходимо информировать врачей и пациентов о мероприятиях, проводимых в тех или иных организациях. Как показал анализ и проведенная работа, что очень неплохо проводить обучение среди мастеров ногтевого сервиса. Тем более, что, как показывает практика, мастеру педикюра доверяют больше. Да и в силу продолжительности процедуры (у врача по протоколу примерно 15 минут на одного пациента, а педикюр длится не менее часа) у мастеров педикюра есть больше возможности донести информацию по назначению. Да и нет возможности у врача разглядывать каждый сантиметр кожи, а подолог обязан. Но, естественно при условии достойного образования.

Хочется, чтоб однажды услышали и появилась новая профессия подолога с необходимыми требованиями. Необходимо организовывать обучающие семинары не только для диабетиков, но и их родственников. Поскольку возможно так же развитие диабетической энцефалопатии, характеризующейся изменениями в работе коры головного мозга, диабетическое ретинопатии и многих других заболеваний связанных с сахарным диабетом.

Ведь изменение сознания и личности, характеризуется несерьезным отношением к своей болезни. Ругать «ребенка» совершенно бессмысленно. Воздействие должно быть на родственников, обучение и тотальный контроль.

Список использованных источников

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 Типа: проблемы и решения. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Клинические рекомендации. Сахарный диабет 2 типа у взрослых. Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов». Москва, 2020 г.
- 3 Материалы онлайн лекции Пелогиевского Игоря Владленовича. Выпускник Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Ленинград 1988г.), врач травматолог-ортопед, подолог, автор и преподаватель курса "Медицинский аппаратный педикюр" с 1999г. (ЧОУ Профессиональный Учебный Центр индустрии красоты "Акцент" г.Санкт-Петербург)
4. Храмилин В.Н., Демидова И.Ю. Синдром диабетической стопы: Методическое пособие для самоподготовки слушателей циклов усовершенствования врачей. — М., 2004. — 54 с.
5. <https://probolezny.ru/diabeticheskaya-stopa/>
6. <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-diabeticheskoy-stopu-etiologya-patogenez-klassifikatsii-i-lechenie>
7. https://www.rmj.ru/articles/khirurgiya/Sindrom_diabeticheskoy_stopu_v_klinicheskoy_praktike/

ВЛИЯНИЕ МАММОПЛАСТИКИ И ПИРСИНГА НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Малышева Татьяна Юрьевна,

Редькина Кристина Руслановна

*Научный руководитель: Михеева Светлана Николаевна
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

За последние десятилетия распространенность грудного вскармливания у современных женщин возросла на 50%. Но согласно данным научной литературы растет и желание женщин по коррективке маммопластикой и украшению молочных желез пирсингом.

Увеличение груди - самая распространенная хирургическая процедура у женщин, но при установке имплантов наблюдается снижение частоты и периода грудного вскармливания, возможно и затруднение правильного присасывания к груди малыша.

Интерес к пирсингу также растет с невероятной скоростью, но при этом данная хирургическая манипуляция находится вне зоны влияния здравоохранения. Первичной профилактики негативного влияния пирсинга молочных желез на здоровье и грудное вскармливание не проводится. Сохранение способности к вскармливанию зависит от сохранности молочных протоков и степени повреждения тканей и нервов после проведения маммопластики и пирсинга и требует тщательного наблюдения.

За гипотезу в настоящем исследовании взято предположение, что наличие пирсинга молочных желез и маммопластика оказывают отрицательное влияние на грудное вскармливание.

Цель исследования

Выявление влияния маммопластики и пирсинга молочных желез на грудное вскармливание.

Для достижения поставленной цели были сформулированы и поставлены следующие задачи:

1. На основе анализа научной литературы раскрыть актуальность проблемы влияния маммопластики и пирсинга молочных желез на грудное вскармливание.
2. Выявить информированность женщин о влиянии маммопластики и пирсинга молочных желез на грудное вскармливание
3. Провести анализ грудного вскармливания у женщин с маммопластикой и пирсингом
4. Разработать рекомендации для женщин по профилактике лактостаза

Объект исследования: беременные женщины и родильницы.

Предмет исследования: маммопластика и пирсинг молочных желез.

Материалы и методы

Работа состояла из двух этапов: анализ данных научной литературы и анализ анкетирования респондентов в количестве 100 человек в возрасте от 18 до 45 лет, проходивших стационарное лечение, а также ретроспективного анализа медицинской документации КГБУЗ РД №1, АККПЦОМД "ДАР" и КГБУЗ ПКЦАК.

Результаты

По данным научной литературы проведен анализ влияния маммопластики и пирсинга молочных желез на грудное вскармливание. Увеличивающаяся маммопластика с установкой имплантов не предполагает перерезания протоков и желез, содержимое имплантата не покидает силиконовой оболочки и не проникает в молоко. Но по данным метанализа есть факторы, которые могут оказывать влияние на выработку молока:

- Повреждение структуры молочной железы приводит к изменению формы протоков или канальцев проводящих молоко;
- Импланты могут изменить форму и текстуру груди, что затруднит малышу правильное присасывание к груди;
- Болезненность в области имплантов при кормлении грудью;
- Значительное сокращение периода грудного вскармливания;
- Увеличение риска развития инфекции молочных протоков или мастита из-за нарушения целостности выводящего протока и риск повреждения имплантов.

Кроме того, грудь с имплантом требует специального ухода.

Пирсинг молочных желез - процедура болезненная и сопровождается серьезным риском для здоровья, как женщины, так и малыша:

- Прокол и наличие сережки может стать причиной повреждения протока и привести к ненормальной выработке молока или к формированию рубцовой ткани и искажению формы соска.
- Легкое отделение грудного молока приводит к перееданию из-за несвоевременного удовлетворения сосательного рефлекса и отдаленным последствиям — патологиям челюстно-лицевой области, прикуса.
- У матери с пирсингом сосков в несколько раз выше риск развития инфекции и передачи ее малышу.
- Удаление украшения непосредственно перед кормлением с последующим возвращением приводит к травматизации молочных желез.
- Оставление украшения на период лактации угрожает здоровью грудничка.

Анализ проведенного анкетирования с целью выявления наличия маммопластики и пирсинга молочных желез и их влияния на грудное вскармливание. Из числа опрошенных женщин маммопластика была проведена у пяти, а пирсинг молочной железы у шести женщин и у всех до наступления беременности.

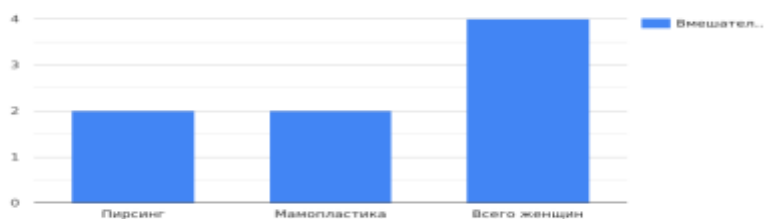


Рисунок 1. Наличие вмешательств на молочной железе

Таким образом, можно сделать вывод, что в современном обществе вмешательства на молочной железе явление не частое, но встречающееся. Кроме того, установлено, что будущие мамы украшают свое тело татуировками, делают пирсинг других частей тела: чаще всего лица (10 человек), пупка (5 человек).

Результаты информированности женщин о возможных осложнениях после проведения маммопластики и пирсинга молочных желез и их влиянии на грудное вскармливание представлены в таблице ниже.

Таблица 1. Информированность

Группы беременных	Не имеющие вмешательств на молочной железе (89 чел.)	Имеющие вмешательства на молочной железе (11 чел.)
О возможных вмешательствах на молочной железе	В полном объеме - 81 чел. (91%), Недостаточно - 8 чел. (9 %)	Все 11 чел (100%)
О возможных осложнениях	В полном объеме - 27 чел. (30%), Недостаточно - 62 ч. (70%)	Знают – 7 (64%) Недостаточно – 4 (36 %)
О влиянии на грудное вскармливание	В полном объеме – 10 чел. (11%), Недостаточно - 79 ч. (89%)	Знают – 7 (64%) Недостаточно – 4 (36%)

В результате проведенного анализа установлено, что женщины, имеющие вмешательства наиболее полно информированы о последствиях, чем те, кто не имеет.

Желание увеличить грудь имеется у 27 человек, украсить пирсингом у 10. В дальнейшем 17 женщин рассматривают возможность вмешательств, но боятся осложнений, а 10 имеют конкретные планы на «процедуры красоты».

Анализ клинических случаев грудного вскармливания после вмешательств на молочной железе.

Таблица 2. Последствия пирсинга молочных желез

показатель	1 случай	2 случай
Диагноз клинический (при поступлении)	Беременность 39 недель одним плодом, продольное положение, головное предлежание, 1 позиция, передний вид. Гестоз легкой степени тяжести. Хронический тонзиллит, ремиссия. Анемия легкой степени тяжести.	Срочные роды 38 недель одним плодом, продольное положение, головное предлежание, 1 позиция, передний вид. Гестоз легкой степени тяжести. Лекарственная непереносимость (пенициллиновый ряд).
Возраст профессия	25 лет Воспитатель детского сада	21 год Студентка АлтГУ
Беременность, роды	Третья третьи	Первая первые

Время установления и снятия пирсинга	В 20 лет. В первом триместре беременности	В 18 лет. В третьем триместре беременности
Осмотр молочных желез 1 сутки	Молочные железы одинаковых размеров округлой формы. Патологических высыпаний и особенностей сосудистого рисунка кожи молочных желез нет, в области сосков видны следы проколов. Ареолы правильной формы, не деформированы. Соски не втянуты, чистые, при надавливании отделяется небольшое количество белесоватой жидкости. При пальпации отмечается нагрубание, отеков нет, безболезненно. Ребенок прикладывался к груди	Молочные железы одинаковых размеров округлой формы. Патологических высыпаний и особенностей сосудистого рисунка кожи молочных желез нет. Ареолы правильной формы, не деформированы. Соски не втянуты, видны места проколов, при надавливании отделяется небольшое количество молозива. При пальпации отмечается нагрубание, отечность, болезненность в области сосков. Ребенок к груди прикладывался. Кормление болезненно. Выставлен диагноз: Лактационный мастит. Назначено лечение.
3 сутки	Молочные железы мягкие, выделяется молоко. Трещин и других патологических изменений нет. Ребенок прикладывался к груди.	Молочные железы мягкие, отеков нет, выделяется молоко. Трещин и других патологических изменений нет. Ребенок прикладывался к груди.
4 сутки	Ребенок получает грудное вскармливание, скорость получения молока из левой молочной железы несколько повышена.	Молочные железы мягкие, выделяется молоко. Трещин и других патологических изменений нет. Ребенок прикладывался к груди.

Вывод: Пирсинг сосков молочных желез, проведенный без осложнений и удаленный при планировании беременности или в первой половине беременности не оказывает влияния на грудное вскармливание при правильном уходе. Пирсинг, сохраненный до периода родов, может привести к осложнениям грудного вскармливания, в том числе, в виде лактационного мастита.

Таблица 2. Последствия маммопластики при грудном вскармливании

показатель	1 случай	2 случай
Диагноз клинический (при поступлении)	Беременность 38 недель одним плодом, продольное положение, головное предлежание, 1 позиция, передний вид. Гестационный пиелонефрит, латентное течение. Хронический цистит, ремиссия.	Беременность 39 недель одним плодом, продольное положение, головное предлежание, 1 позиция, передний вид. Гестоз легкой степени тяжести. Анемия легкой степени тяжести. Срочные роды.
Возраст профессия	32 года Системный администратор	28 лет Юрист
Беременность	Первая	Вторая
Анамнез	Маммопластика в 28 лет. Кормить грудью не планирует, боится изменения формы груди.	Маммопластика проведена через два года после первых родов, в 25 лет.
Осмотр молочных желез	Молочные железы мягкие, выделяется молозиво. Трещин и других патологических	Молочные железы мягкие, выделяется молозиво. Трещин нет. Ребенок к груди прикладывался.

1 сутки	изменений нет. Ребенка к груди не прикладывала.	Проводилась профилактика лактостаза
3 сутки	Ребенок к груди не прикладывается.	Ребенок получает грудное вскармливание. Молока достаточно.

Проведя сравнительный анализ двух клинических случаев грудного вскармливания женщинами, имеющими грудные импланты, можно сделать вывод, что маммопластику лучше проводить после родов. Установление имплантов до родов может привести к отказу от вскармливания, либо к риску развития осложнений. Для профилактики осложнений с первого дня грудного вскармливания необходимо предупреждать лактостаз.

Рекомендации по грудному вскармливанию женщинам с пирсингом молочных желез и маммопластикой для профилактики лактостаза (застоя молока).

- Снятие украшений хотя бы перед кормлением, а лучше во втором триместре беременности!;
- Правильное прикладывание ребенка к груди и кормление по требованию;
- Теплый душ и массаж груди перед кормлением;
- Сцеживание на этапе становления лактации;
- Профилактика трещин сосков;
- Сохранения грудного вскармливания;
- Ношение правильного белья.

Заключение

Грудное вскармливание – очень сложный процесс, на который влияет множество факторов, в частности физическое и психологическое здоровье матери, хирургические вмешательства на молочной железе, в том числе маммопластика и пирсинг. Большинство беременных привержены к грудному вскармливанию, в помощь им для профилактики лактостаза и в дальнейшем мастита разработаны рекомендации.

По данным научной литературы единого мнения о влиянии маммопластики и пирсинга молочных желез на грудное вскармливание нет, но они отнесены к факторам риска развития возможных осложнений. Женщинам, планирующим беременность желательно отложить установку имплантов и пирсинг молочных желез на период после родов и лактации. В ходе исследования установлено, что не все респонденты информированы в полном объеме о возможных проблемах при грудном вскармливании.

Список использованных источников

1. Грудное вскармливание после подтяжки молочных желез и пирсинга/Алина Березовская; Москва 2022.
2. Грудное вскармливание/Джек Ньюман, Тереза Питман; пер. с англ. п/ред. И.И. Рюминой.- М.: ГЭОТАР = Медиа, 2019.-560 с
3. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ (4-е издание, переработанное и дополненное).-М., 2019, 206 с.
4. Грудное вскармливание после хирургических вмешательств на молочной железе. [сайт]. – Текст: электронный // who.int/ru: [сайт]. - URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения 20.02.2024)

ПРОБЛЕМА СИФИЛИСА В НАШЕЙ СТРАНЕ И РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Монгуш Айлан Шораан-ооловна
Руководитель: Жукова Ирина Михайловна
ГБПОУРТ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность темы: сифилис остается одним из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых половым путем, современной особенностью эпидемиологии которого является преобладание скрытых форм, составляющих более 60% от вновь регистрируемых случаев. Бессимптомное течение скрытых форм сифилиса существенно осложняет диагностику заболевания из-за отсутствия возможности получить образцы возбудителя инфекции из очагов поражения. Вследствие этого наибольшее значение в диагностике данного заболевания приобретают непрямые, а именно серологические методы исследования.

Цель исследования: изучить распространенность заболевания сифилис в Российской Федерации, Сибирском Федеральном Округе и в Республике Тыва.

Задачи исследования:

- Изучить теоретические аспекты сифилиса;
- Рассмотреть статистические данные в Российской Федерации, Сибирском Федеральном Округе и в Республике за период 2020-2022 годы;
- Провести анкетирование среди школьников МБОУ СОШ №3 на уровень информированности о заболевании;
- Проанализировать полученные данные.

Объект исследования: статистические данные по заболеванию сифилис в РФ, СФО и РТ и анкетирование среди школьников МБОУ СОШ № 3 на уровень информированности данного заболевания.

Предмет исследования – Анализ данных заболевания сифилис в РФ, СФО и в РТ за период 2020-2022 годы;

Гипотеза: проблема роста сифилиса в нашей стране и в республике Тыва у взрослой части населения связана с недостаточной осведомленностью подрастающего поколения о заболевании и о его методах защиты.

Методы исследования:

- Теоретический;
- Статистический;
- Аналитический;
- Социологический.

Статистические показатели заболеваемости сифилиса в Российской Федерации за период 2020-2022 годы (на 100тыс. населения)

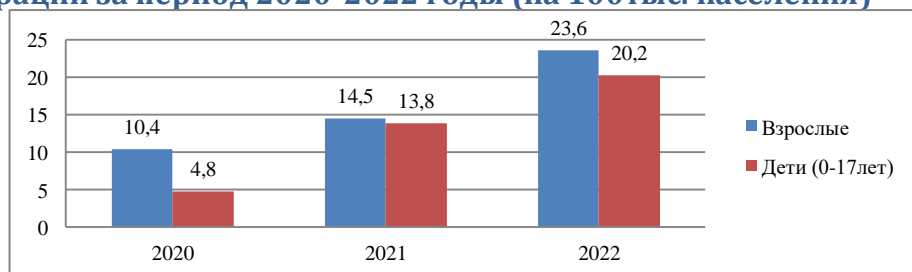


Рисунок 1 Статистические показатели заболеваемости сифилисом в Российской Федерации за период 2020-2022 годы (на 100тыс. населения)

С каждым годом показатели заболеваемости сифилиса растут. Среди взрослого населения в 2020 году составило 10,4% на 100 тыс. населения, в 2021 году 14,5%, а в 2022 году составило 23,6% на 100тыс населения, что по сравнению с 2020 годом рост происходит почти вдвое.

Среди детского населения так же отмечается рост заболевания, в 2020 году 4,8% на 100тыс. населения, в 2021 году 13,4%, а в 2022 году 20,2% на 100 тыс. населения среди детского населения.

Статистические показатели заболеваемости сифилиса в Сибирском Федеральном округе за период 2020-2022 годы на (100тыс. населения).

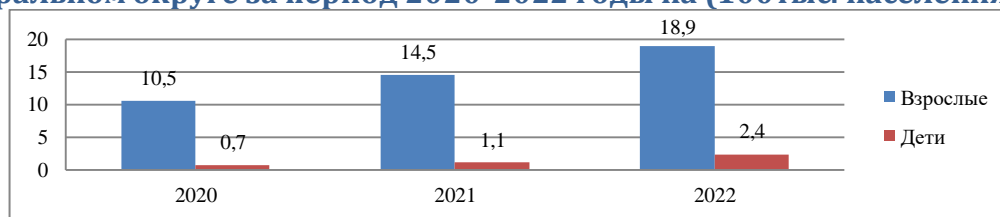


Рисунок 2 Статистические показатели заболеваемости сифилиса в Сибирском Федеральном округе за период 2020-2022 годы на (100тыс. населения)

Динамика заболеваемости сифилисом в Сибирском Федеральном округе так же увеличивается с каждым годом. В 2020 году составило 10,5% на 100 тыс. населения, в 2021 году 14,5% на 100 тыс. населения, а в 2022 году 18,9% на 100 тыс. взрослого населения.

Среди детского населения заболеваемость так же растет, в 2020 году 0,7% на 100тыс. детского населения, в 2021 году 1,1%, а в 2022 году 2,4%.

Статистические показатели заболеваемости в Республике Тыва за период 2020-2022 годы (в абс. числах)

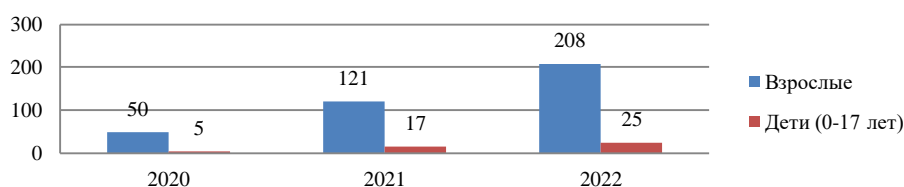


Рисунок 3 Статистические показатели заболеваемости в Республике Тыва за период 2020-2022 годы (в абс. числах)

Показатели заболеваемости сифилисом в Республике так же растут. Среди взрослого населения в 2020 году сифилисом заболело 50 человек, в 2021 году заразилось 121 человек, что почти вдвое больше, чем в 2020 году, а в 2022 году по сравнению с 2020 годом заболевание увеличилось вчетверо.

Среди детского населения заболеваемость сифилиса так же растет, в 2020 году заразилось 5 детей, в 2021 году увеличилось втрое 17 детей, а в 2022 году заразилось 25 детей.

Статистические показатели заболеваемости сифилисом в городе Кызыл за период 2020-2022 годы (в абс. числах)

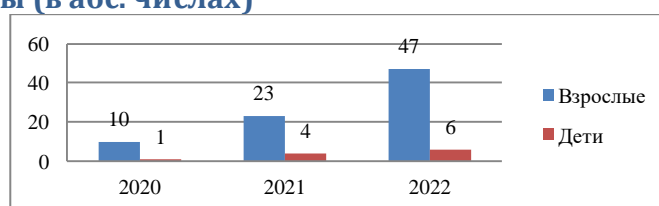


Рисунок 4 Статистические показатели заболеваемости сифилисом в городе Кызыл за период 2020-2022 годы (в абс. числах)

В городе Кызыл так же показатели заболеваемости растут. Среди взрослого населения в 2020 году заразилось 10 человек, а в 2021 году увеличилось на 23 человека, что вдвое больше по сравнению с 2020 годом, а в 2022 году увеличилось до 47 человек, что вдвое больше по сравнению с 2021 годом.

Среди детского населения так же отмечается рост заболеваемости. В 2020 году был только 1 случай заражения сифилиса среди детского населения, однако в 2021 году увеличилось до 4 случаев заражения, а в 2022 году до 6-ти случаев.

Гендерные показатели по заболеванию сифилиса в Российской Федерации за 2022 год (на 100тыс. населения)

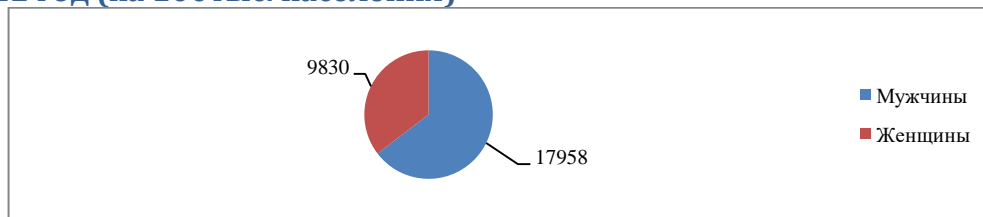


Рисунок 5 Гендерные показатели по заболеванию сифилиса в Российской Федерации за 2022 год (на 100тыс. населения)

Сифилис в Российской Федерации в 2022 году преобладает у мужского пола, нежели чем у женского. В 2022 году было выявлено 17958 случаев заражения у мужчин, а у женщин 9830, что почти вдвое меньше.

Возрастные показатели по заболеванию сифилиса в Российской Федерации за 2022 год (в абс. числе)

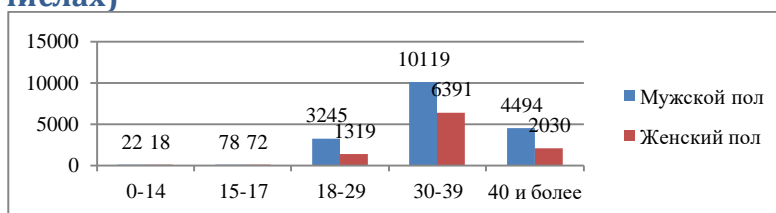


Рисунок 6 Возрастные показатели по заболеванию сифилиса в Российской Федерации за 2022 год (в абс. числе)

Пик заболевания на возраст в Российской Федерации в 2022 году составляет от 30 до 39 лет, так же показано, что мужчины чаще подвержены заболеванию, чем женщины.

Возрастной состав заболевших в Республике Тыва за 2022 год (в абс. числе)

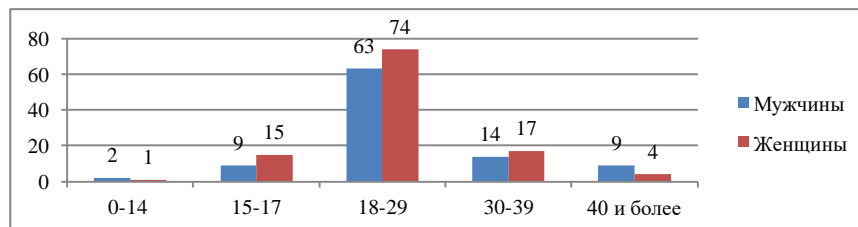


Рисунок 7 Возрастной состав заболевших в Республике Тыва за 2022 год (в абс. числе)

Пик заболеваемости по возрастным группам в Республике Тыва за 2022 год приходится на 18-29 лет, а так же показано, что сифилисом в РТ болеют чаще женщины, чем мужчины.

Социальный состав заболевших сифилисом в Республике Тыва за 2022 год (на 100тыс. населения)

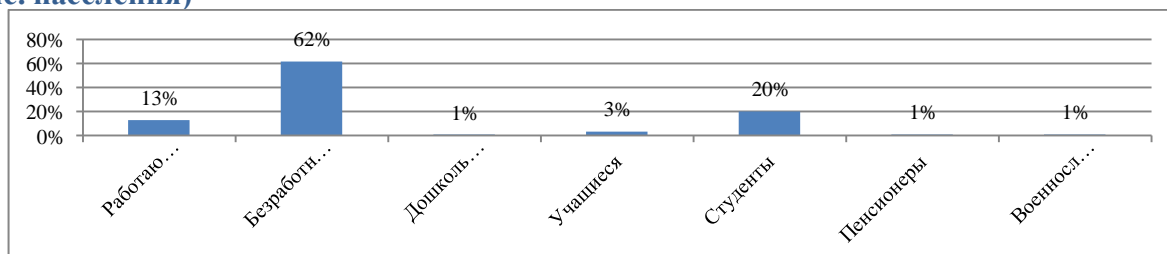


Рисунок 8 Социальный состав заболевших сифилисом в Республике Тыва за 2022 год (на 100тыс. населения)

Больше всего сифилисом в Республике Тыва за 2022 год заболели безработные, далее идут студенты, работающие, учащиеся.

Результаты опроса

Цель анкетирования: узнать уровень информированности заболеванием сифилиса среди школьников 9-10 класса. В анкетировании приняли участие 67 школьников МБОУ СОШ №3, анкетирование было анонимным.



Рисунок 9 Результаты ответов на 1 вопрос анкетирования
 Большинство школьников ответили, что знают про заболевание сифилис.

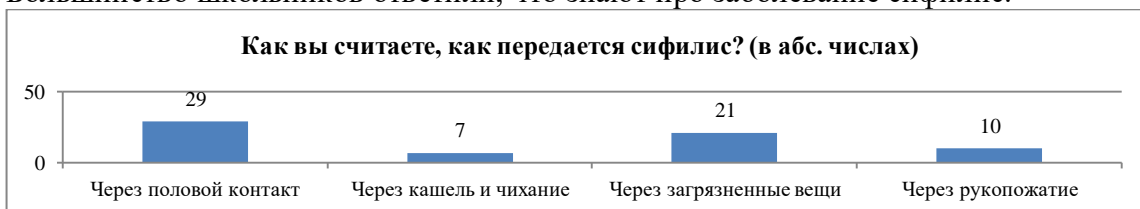


Рисунок 5 Результаты ответов на 2 вопрос анкетирования
 Большинство школьников ответили в основном правильно, однако и есть школьники, которые ответили не правильно, то есть через кашель и чихание, через рукопожатие.



Рисунок 10 Результаты ответов на 3 вопрос анкетирования
 Большинство школьников ответили, что основными симптомами сифилиса являются высыпания на коже, далее появление язвы на месте входа инфекции, затем кашель и чихание, затем боль в животе.



Рисунок 11 Результаты ответов на 4 вопрос анкетирования
 Большинство школьников ответили, что обратились бы за помощью к врачу/поликлинику, некоторые школьники бы обратились бы за помощь к друзьям/родственникам, а 3 школьника не знают, куда обращаться, и никто не ответил, что не будут обращаться за помощью.

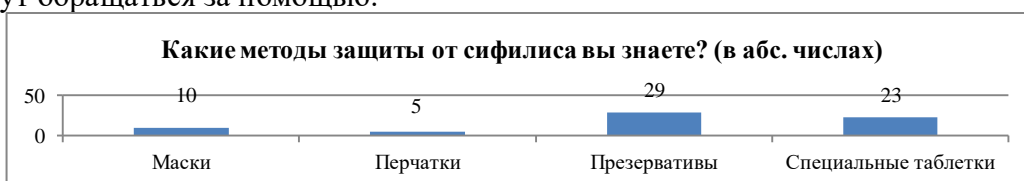


Рисунок 12 Результаты ответов на 5 вопрос анкетирования
 Больше количество ответов получили, что презервативы, однако если сравнить количеством опрошенных, то большинство не знают о методах защиты от сифилиса.
 Исходя из анкетирования, можно сказать, что у населения недостаточная осведомленность о заболевании и о ее методах защиты, что приводит к росту заболевания и доказывает мою гипотезу.

Список использованных источников

1. Статистические показатели состояния здравоохранения в Республике Тыва, здоровья населения и деятельности учреждений в 2020 году //под ред. Шожат О.М., Якуненко О.В., Сарыглар С.А., Глушкова Н.А., Бумбажай Л.М., Бичекей С.А.
2. Статистические показатели состояния здравоохранения в Республике Тыва, здоровья населения и деятельности учреждений в 2021 году //под ред. Шожат О.М., Якуненко О.В., Сарыглар С.А., Глушкова Н.А., Бумбажай Л.М., Бичекей С.А.
3. Статистические показатели состояния здравоохранения в Республике Тыва, здоровья населения и деятельности учреждений в 2022 году //под ред. Шожат О.М., Якуненко О.В., Сарыглар С.А., Глушкова Н.А., Бумбажай Л.М., Бичекей С.А.
4. Статистические данные: Федеральная служба государственной статистики (РОССТАТ) rosstat.gov.ru
5. Report on global sexually transmitted infection surveillance // WHO. — 2018.ссылка
6. Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013-2015 гг. // Вестн дерматол венерол. — 2016; 3: 12-28.
7. Yu X., Zheng H. Syphilitic Chancre of the Lips Transmitted by Kissing: A Case Report and Review of the Literature // Medicine (Baltimore). — 2016; 95(14).
8. Диагностика сифилиса. Информационные материалы / Нижегородская государственная медицинская академия. — Нижний Новгород, 2019. — 44 с.
9. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1024 с.
10. Родионов А.Н. Сифилис. Краткое руководство. — 3-е изд., перераб, и доп. — СПб.: Питер, 2007. — 315 с.
11. Rebecca E. LaFond and Sheila A. Lukehart. Biological Basis for Syphilis // Clin Microbiol Rev. — 2006; 19(1): 29-49.ссылкаВедение больных инфекциями, передаваемыми половым путем: руководство для врачей / В.И. Кисина, К.И. Забиров, А.Е. Гушин; под ред. В.И. Кисиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 256 с.
12. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб, и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.
13. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н (ред. от 05.12.2014) Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования).
14. Клинические рекомендации "Сифилис" (утв. Минздравом России), 2020.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ДИАГНОСТИКА

Монгуш Долгармаа Айдановна
Руководитель: Седип Вадим Кыргысович
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующее место по заболеваемости и входит в пятерку самых смертельных злокачественных опухолей в мире и в России. За последние годы во всем мире зарегистрировано более 2,30 млн случаев РМЖ, что составляет 11,7% всех случаев злокачественных новообразований. По уровню смертности РМЖ уступает только раку легкого и заболеваниям желудочно-кишечного

тракта. По статистике, заболеваемость населения Республики Тыва раком молочной железы за последние 3 года прочно удерживает лидирующее положение и занимает первое место среди других злокачественных новообразований. Это злокачественная опухоль, возникающая из ткани молочной железы, характеризующаяся довольно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию

К сожалению, в наше время, многие люди крайне несерьезно относятся к диагнозу рак молочных желез, не уделяют внимания первым симптомам данного заболевания, долго терпят боли, не посещают узких специалистов. В этом и заключается ошибка многих наших пациентов, а ведь если вовремя диагностировать и приступить к лечению – возможно, избежать опасных осложнений. Самое лучшее - это заранее выполнить комплекс профилактических мероприятий. Поэтому профилактика является одним из наиболее лучших методов предотвращения данного заболевания. По данным экспертов количество не выявленных случаев новообразований молочных желез, включая ранние стадии, может в 2-3 раза превышать количество выявленных. В настоящее время проблема рака молочной железы остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины.

Цель исследования: Проанализировать заболеваемость, динамику возрастных показателей и выявляемость на разных стадиях рака молочной железы за 3 года в РТ.

Объект исследования: Статистические данные рака молочной железы за 2021-2023 гг. в РТ и РФ за 2020 год.

Задачи:

- Изучить теоретический материал
- Изучить статистические данные заболеваемости раком молочной железы Республиканского онкологического диспансера.
- Провести анализ и сравнить с показателями РФ за 2020 год.

Предмет исследования: Заболеваемость и диагностика рака молочной железы в Республике Тыва.

Методы исследования:

- Теоретический
- Статистический
- Аналитический

Гипотеза: Рак молочной железы является самым распространенным заболеванием среди злокачественных новообразований в РТ и при ранней диагностике выявляется более молодой возраст, чем в РФ.

Рак молочной железы в Республике Тыва: заболеваемость, диагностика
 Диаграмма 1

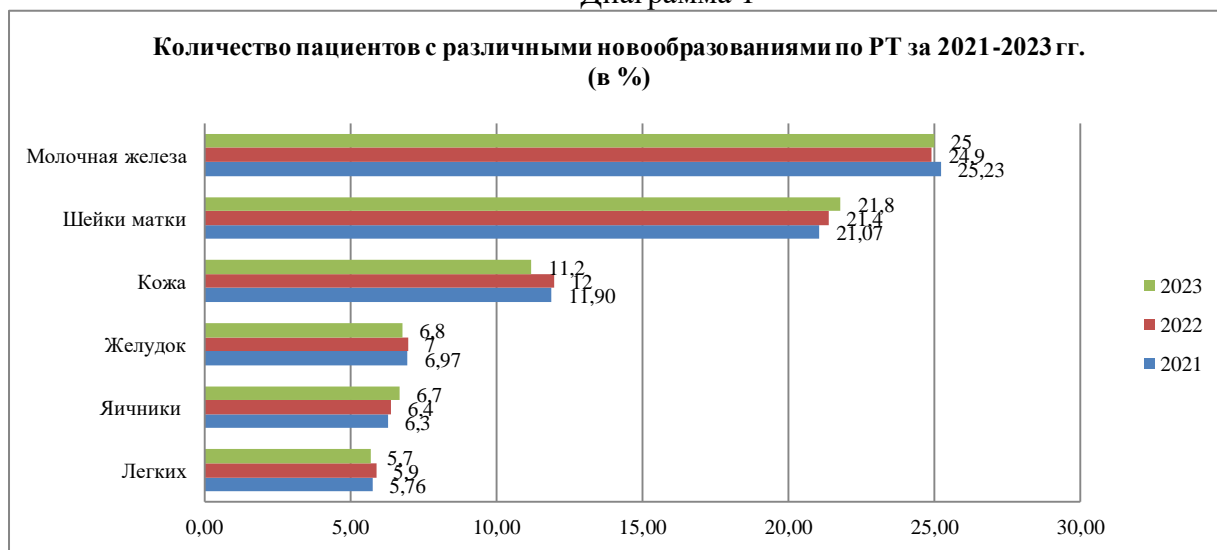


Диаграмма 2



Диаграмма 3



Диаграмма 4



Диаграмма 5

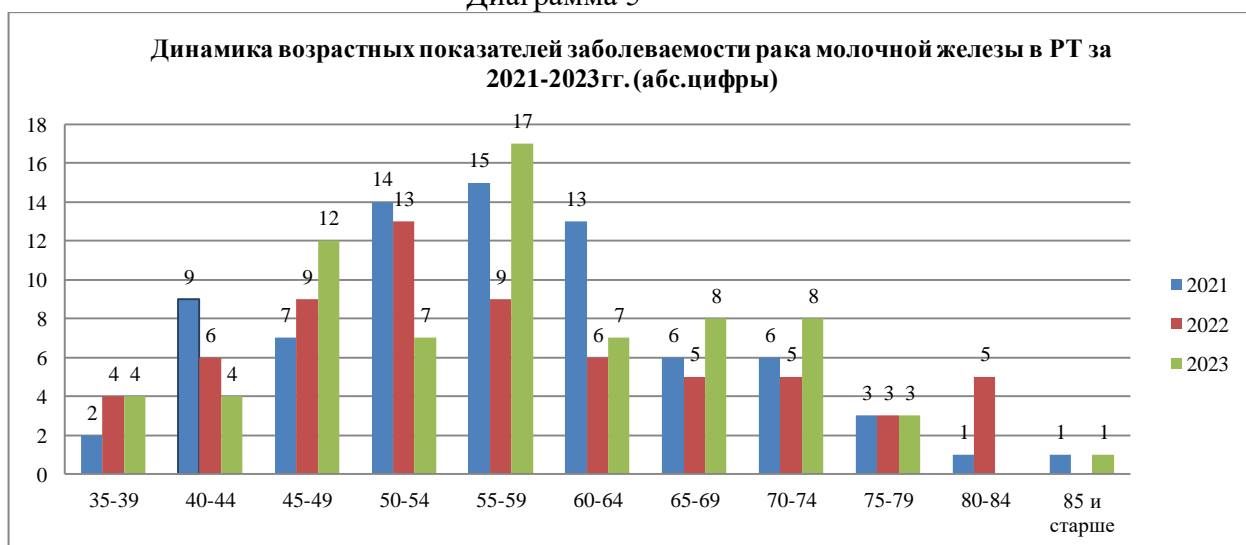


Диаграмма 6

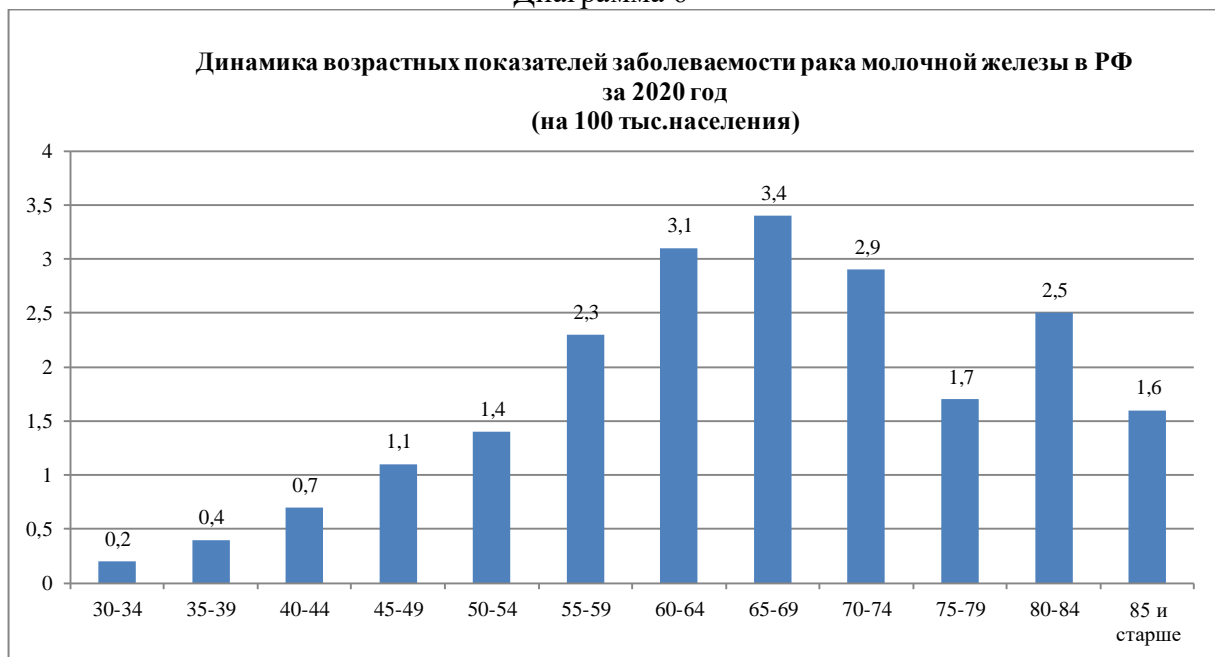


Диаграмма 7

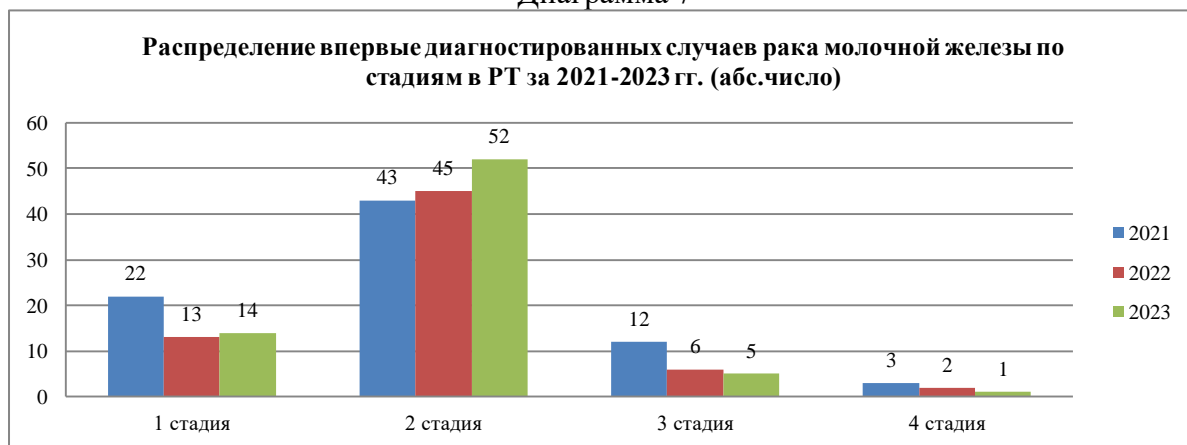


Диаграмма 8

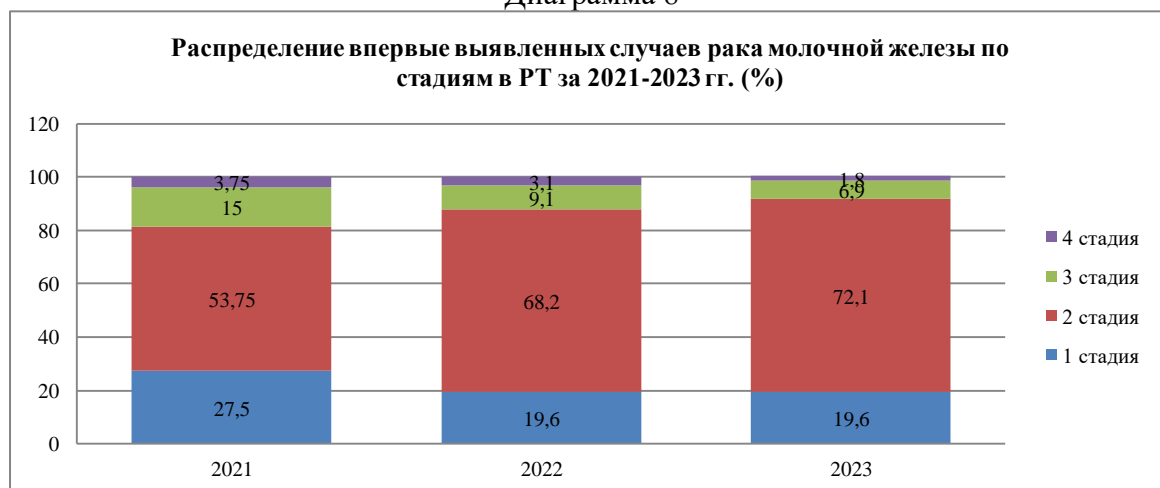
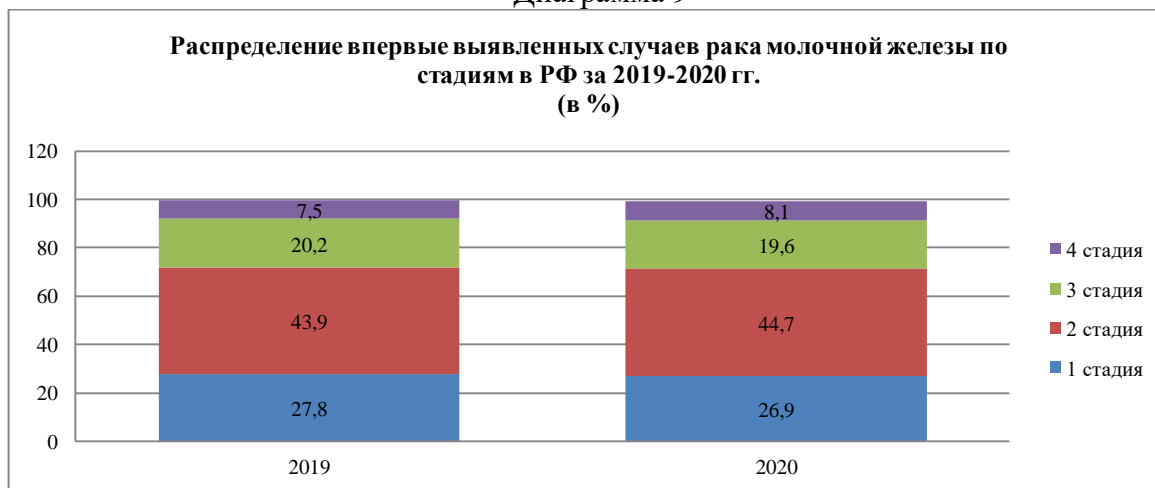


Диаграмма 9



Выводы:

1. Рак молочной железы в РТ занимает лидирующее положение и первое место среди других злокачественных новообразований на протяжении 3 лет.
2. Количество больных с впервые установленным диагнозом РМЖ с каждым годом увеличивается в РТ и РФ кроме 2020 и 2021 годов
3. Среди впервые диагностированных пациентов активно выявленных в РТ составляет от 33,3 до 43,7 %
4. Среди возрастных показателей пик заболеваемости РМЖ в РТ приходится на возраст от 50 до 59 лет, тогда как в РФ в среднем от 60 до 75 лет. В РТ пик заболеваемости РМЖ на 10 лет раньше, чем в среднем по РФ.
5. Отмечается неплохая ранняя выявляемость рака молочной железы на I-II стадиях заболевания в РТ по сравнению со средними показателями в РФ (87% в РТ и 72% в РФ)

Гипотеза подтверждена

Заключение

Рак молочной железы — злокачественная опухоль, возникающая из ткани молочной железы, характеризующаяся довольно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию.

Основной причиной развития рака молочной железы является воздействием канцерогенов на ткань молочной железы. Конкретно, связать воздействие того или иного канцерогена с возникновением рака молочной железы сложно, потому что между воздействием вредных веществ и возникновением опухолевой клетки может происходить значительное время.

Есть факторы, которые могут предрасполагать к канцерогенезу - процессу появления опухолевых клеток.

Лечение рака молочной железы – теперь это часть нашей и вашей жизни. Болезнь тяжела и опасна, исход ее не предопределен. Если серьезно отнестись к лечению, выполнять назначения врача, тогда шансы вылечиться полностью, продлить жизнь на годы очень высоки.

Список использованных источников

1. <https://protiv-raka.ru/analytics/epidemiologiya-rmzh-v-interaktivnyh-diagrammah/>
2. Фазилова Ш. М., Хусаинов А. Ш., Каримов Ф. М. Рак молочной железы и причины его возникновения //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2017. – №. 4-6. – С. 134-136.
3. Зиннатуллина Г. Ф. и др. Рак молочной железы Генетические факторы риска развития заболевания //Уральский медицинский журнал. – 2007. – №. 12. – С. 6-15
4. Магарилл Ю.А., Васильченко И.Л., Елова Т.И. Диагностика рака молочной железы. Методические рекомендации. Кемерово, 2004

ОТПУСК, РЕАЛИЗАЦИЯ, УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ МЕСТНЫХ АНТИСЕПТИКОВ И ПРИМЕНЕНИЕ ИХ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Новичкова Нелли Михайловна

*Руководитель: Кузеванова Анастасия Александровна
КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»*

11 февраля 2020 г. ВОЗ присвоила название новой коронавирусной инфекции, вызванной вирусом – COVID-19, по данным ВОЗ процент последствий отравлений антисептическими средствами возросли именно при вспышке этой инфекции, так как население пыталась всячески себя защитить. ВОЗ информирует о данных отравлениях из-за неправильного применения антисептиков.

Целью является выявление особенностей отпуска, реализации, условий хранения местных антисептиков и их применение в домашних условиях, для её достижения были поставлены задачи, определён объект и предмет работы.

Местные антисептики применяются в самых разных случаях – ими лечат инфицированные раны, используют для обеззараживания кожных покровов и слизистых оболочек, поражённых микроорганизмами. Местные антисептики относятся к химическому виду антисептики.

В настоящее время выделяют 10 групп химических антисептиков. Антисептические препараты можно приобрести в форме раствора, порошка, спрея, мази, и таблеток.

Реализация, отпуск и хранение антисептиков в аптеке осуществляют согласно нормативной документации.

Антисептические средства бывают рецептурного и безрецептурного отпуска, зависит от веществ, входящие в состав. Например, Спирт этиловый стоит на ПКУ, то отпуск по рецепту, а Хлоргексидин не стоит на ПКУ, отпускают без рецепта.

Исследовательская работа проводилась на базах аптечных организаций, которые являются коммерческими, осуществляющие розничную торговлю.

Ассортимент антисептических средств, востребован потребителем, было решено провести анализ ассортимента аптечных организаций, расположенных в разных населённых пунктах Алтайского края. Цель данного анализа – выявить ассортимент и правила отпуска местных антисептических средств в аптечных организациях.

Насыщенность лекарственных средств в зависимости от показаний к применению, составляет больше всего наименований, при воспалительных заболеваниях слизистой полости рта, горла и при открытых ранах.

Некоторые средства имеют одинаковые наименования, но разный состав, это зависит от показаний к применению, например Хлоргексидин, который выпускается как водным раствором, для обработки полости рта, носа, глаз, и который выпускается в виде спиртового раствора для наружного - применения обработки ран.

Соответственно, если потребитель местных антисептических средств не знает, чем отличается, то может причинить себе вред.

Местные антисептики, хранятся согласно приказу МЗ РФ №706н от 23.08.2010 года «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств». Хранение зависит от физико-химических свойств, а так же от температурного режима указанного на упаковке.

Потребители всё чаще прибегают к самопомощи и самопрофилактики, которая приводит как к положительным, так и отрицательным результатам лечения.

Поэтому, стоит обратить внимание на хранение. В аптечных организациях чаще всего встречаются водные и спиртовые антисептические растворы, которые могут подвергаться высыханию или улетучиванию. Спиртовые растворы необходимо беречь вдали от открытого огня и отопительных приборов, как и Калия перманганат, который относится к взрывоопасным веществам. Хранение всех средств должно осуществляться согласно информации производителя указанной на упаковке.

Исходя из проделанной работы, по анализу ассортимента было решено, провести анкетирование среди населения.

В анкетировании приняли участие 77 человек. Цель проведения анкетирования – выявить знания у потребителей по хранению, применению антисептических лекарственных препаратов.

Потребители чаще всего приобретают местные антисептики в профилактических целях и для обработки ран.

Данные анкетирования показали, что консультацию в аптечных организациях о правилах хранения и применения не получают более половины респондентов, что может привести к изменению физико-химических свойств и побочным действиям.

Местные антисептики в большинстве своём обладают значительной токсичностью для человека и ограничиваются местным применением и злоупотреблять антисептиками нельзя, так как они нарушают нормальную микрофлору кожи и слизистых. Поэтому последствия могут быть различными: от сухости кожи и слизистых, аллергии, ожога, развития резистентности к средствам, до отравления и летального исхода. Чаще всего это происходит при нарушении методик применения, передозировке, недооценки противопоказаний препарата.

Следует понимать, что население применяет местные антисептики для обработки слизистой носа и полости рта, которые предназначены для обработки ран кожи, а не слизистых. Это приводит к отравлению, так как наружные антисептики не предназначены для этого.

Важно помнить, что необходимо применять средства согласно инструкции!

Существует много различных видов антисептических средств. Каждый из них имеет индивидуальное применение, средства не являются универсальными. Поэтому лучше проконсультироваться с доктором, если вы не знаете, что применить в конкретном случае.

Исходя из данных, было решено разработать памятки для населения и работников аптеки, чтобы повысить уровень знания об отпуске, реализации, хранении и применении антисептиков в домашних условиях.

Список использованных источников

- 1) Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ
- 2) Федеральный закон РФ от 4 мая 2011 г N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»
- 3) Федеральный закон РФ от 12 апреля 2010 г N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"
- 4) Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ
- 5) Приказ МЗ РФ №1093н от 24.11.2021 г «Правила отпуска ЛП для медицинского применения аптечными организациями...»
- 6) Приказ МЗ РФ от 31 августа 2016 г. № 646н «Об утверждении правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения»
- 7) Защита персональных данных пользователей и сотрудников библиотеки [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<http://fb.ru/article/141642/antiseptik---eto-cto-kakimi-oni-byivayut>.– Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 29.10.2023).
- 8) Защита персональных данных пользователей и сотрудников библиотеки [Электронный ресурс]. – Режим доступа:https://www.rlsnet.ru/books_book_id_2_page_227.htm.– Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 10.11.2023).
- 9) Защита персональных данных пользователей и сотрудников библиотеки [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://moimakiyazh.ru/bolezni-kozhi/antiseptiki-dlya-obrabotki-ran.html>.– Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 08.04.2024).
- 10) Защита персональных данных пользователей и сотрудников библиотеки [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<http://www.consultant.ru/law/hotdocs/48744.html>.– Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 15.04.2024).

11) Защита персональных данных пользователей и сотрудников библиотеки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://moimakiyazh.ru/bolezni-kozhi/antiseptiki-dlya-obrabotki-ran.html>. – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 19.04.2024).

12) Защита персональных данных пользователей и сотрудников библиотеки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/2484741/page:2>. – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 05.12.2023).

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА К ЛЕЧЕНИЮ

*Поздерина Елена Сергеевна, Роева Кристина Петровна,
Шульмина Анастасия Александровна
Руководитель: Тезов Андрей Адольфович, к.м.н.
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Приверженность пациента к лечению является одной из актуальных проблем современной медицины, поскольку несоблюдение рекомендаций специалистов при различных заболеваниях приводит к снижению эффективности терапии и увеличению риска развития осложнений.

Приверженность – это степень соответствия поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни.

Низкая приверженность лечению является одной из значимых причин снижения эффективности терапии, качества жизни пациентов, повышения затрат на лечение, увеличения риска развития различных осложнений, ухудшения прогноза заболевания и жизни [4].

Согласно докладу ВОЗ, посвященному проблеме приверженности, условно все факторы подразделяются на пять групп [1]:

1. Факторы, связанные с пациентом.
2. Факторы, связанные с врачом и организацией системы здравоохранения.
3. Факторы, связанные с заболеванием.
4. Факторы, связанные с проводимой терапией.
5. Факторы социально-экономические.

Учитывая значимость проблемы, целью настоящего исследования явилось изучение комплекса различных факторов, отражающих приверженности пациентов к терапии.

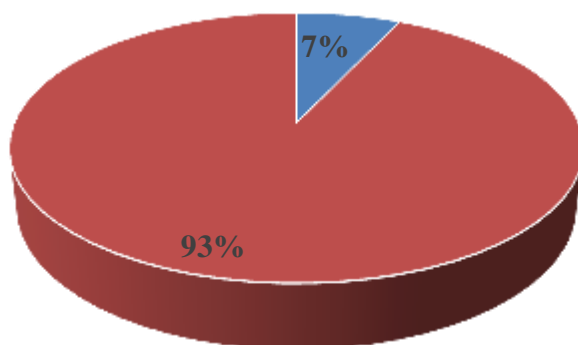
Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Городская больница №4 имени Н.П. Гулла, г. Барнаул» в ноябре 2023 года.

В опросе приняли участие 200 пациентов различных отделений стационара.

Изучение приверженности к лечению проводилось методом опроса. Анонимная анкета включала модифицированную шкалу Мориски-Грина [3]: вопросы о регулярности приема лекарств, а также дополнительные вопросы об использовании немедикаментозных методов лечения вне стационара, осведомленности пациентов о факторах риска и осложнениях заболевания, а также удовлетворенности пояснениями лечащего врача о содержании и смысле лечения заболевания. Опросник также включал информацию о поле пациента и тяжести заболевания.

Полученные данные обрабатывались методом параметрической статистики по Стьюдену. Различия расценивались как достоверные при вероятности 95%.

Результаты исследования показали, что рекомендации врача соблюдают 186 пациентов из 200, что составляет 93% (Рисунок 1). При этом в приверженности лечению не наблюдалось различий в зависимости от пола, характера заболевания либо его тяжести.



- Не всегда соблюдают рекомендации
- Всегда соблюдают рекомендации врача

Рисунок 1 – Соблюдение рекомендаций врача пациентами

Было установлено, что столь высокая приверженность к лечению распространяется преимущественно на прием лекарств.

Немедикаментозные методы лечения, в том числе диету, используют значительно меньше пациентов, то есть только 124 из 200, что составляет 62% от исследованной группы ($p < 0,001$) (Рисунок 2).

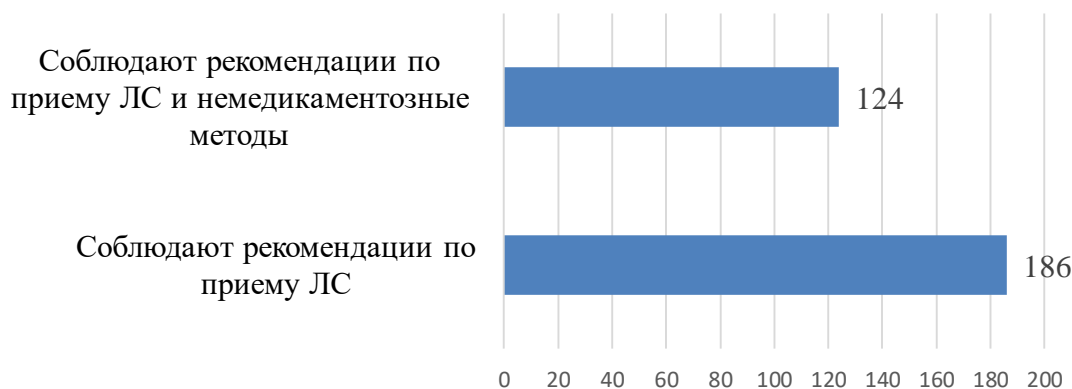


Рисунок 2 – Использование пациентами немедикаментозных методов лечения вне стационара (к-во чел.)

При этом женщины оказываются более привержены немедикаментозным методам лечения по сравнению с мужчинами (Рисунок 3). Так, среди женщин иные методы лечения кроме лекарственных используют 69,3% пациенток против 49,3% у мужчин ($p < 0,05$).

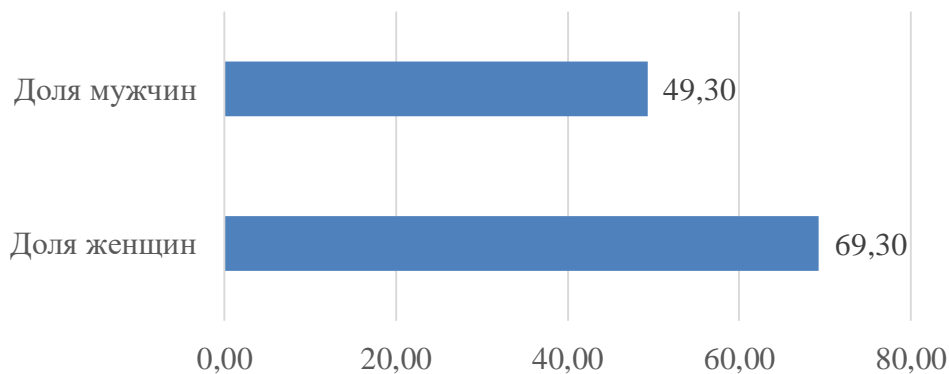


Рисунок 3 - Использование немедикаментозных методов лечения мужчинами и женщинами

Исследование удовлетворенности пациентов объяснениями врача о содержании и смысле лечения заболевания показало, что абсолютное

большинство пациентов, а именно 97,5% полностью удовлетворены объемом получаемой информации (Рисунок 4).

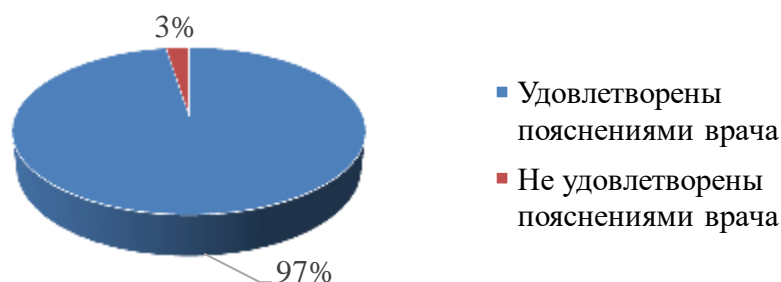


Рисунок 4 – Удовлетворенность пациентов объяснениями врача о содержании и смысле лечения заболевания

При этом женщины гораздо больше мужчин знают о факторах риска заболевания, соответственно в 64,6% случаев по сравнению с 46,6% ($p < 0,05$). Также женщины гораздо чаще информированы и об осложнениях своего заболевания (Рисунок 5). Исследование показало, что 70,9% женщин знают об осложнениях против 48% мужчин ($p < 0,01$).

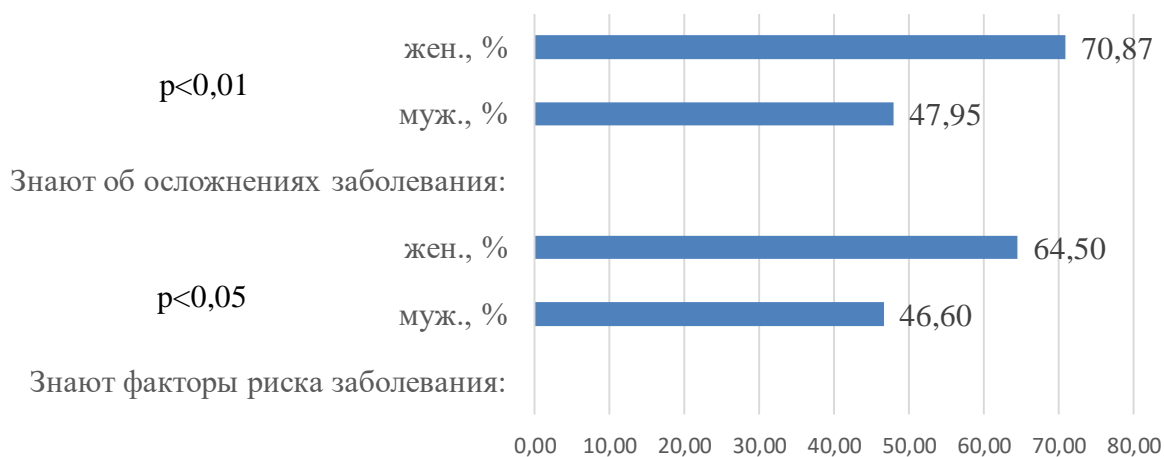


Рисунок 5 – Анализ информирования о факторах риска и осложнений своего заболевания мужчин и женщин стационара (%)

Исследование не выявило связи между тяжестью заболевания и приверженностью пациентов к медикаментозным методам лечения (рис. 6). Доля пациентов, использующих иные методы, кроме лекарственных, во всех группах также достоверно не различалась.

Таким образом, по итогам проведенного исследования можно сформулировать следующие **выводы**.

1. Приверженность пациентов стационара к соблюдению врачебных рекомендаций очень высока и составляет 93%, что способствует повышению эффективности лечения.

2. Такой высокий уровень приверженности к лечению сопровождается еще более высоким уровнем удовлетворенности пациентов объяснениями врача о содержании и смысле лечения заболевания, который составляет в стационаре КГБУЗ «Городская больница №4 имени Н.П. Гулла» г. Барнаула 97%. И это, безусловно, является важным показателем качества и эффективности лечения.

3. На приверженность пациентов к терапии не влияют особенности течения заболевания.

4. Женщины более чем мужчины привержены к комплексному лечению своего заболевания, а также более осведомлены о факторах риска и осложнениях. То есть более ответственно относятся к своему здоровью.

Таким образом, необходимо сосредоточить медико-профилактические мероприятия на пациентах мужского пола с целью повышения приверженности терапии и информирования о факторах риска заболеваний и осложнениях.

Возможным путем эффективного решения проблемы приверженности является комплексное воздействие на все или хотя бы большинство ее факторов и аспектов [2], таких как:

- 1) Повышение информированности пациентов о заболевании, организация специальных школ здоровья.
- 2) Привлечение родственников больного к процессу лечения.
- 2) Оптимизация режима приема лекарственных препаратов.
- 3) Создание качественных отношений врач-пациент, обеспечивающих высокую степень доверия больных.
- 4) Улучшение доступности медицинской помощи (в том числе, уменьшение времени ее ожидания).

В результате использование указанных методов повышения приверженности лечению обеспечит повышение эффективности оказания медицинской помощи пациенту.

Список использованных источников

1. Приверженность к длительной терапии: доказательства эффективности. – Женева: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2003. – 212 с. - Текст электронный. – URL: https://www.researchgate.net/publication/318679616_ADHERENCE_TO_LONG-TERM_THERAPIES_Evidence_for_action
2. Управление лечением на основе приверженности. Клинические рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов. – М: РНМОТ, 2019. – 41 с.
3. Лукина Ю.В. и соавт. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению - преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2020;19(3) – с. 232-239.
4. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. Приверженность к лекарственной терапии у больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Решение проблемы в ряде клинических ситуаций // Профилактическая медицина, 2020, т. 23, №3. – С. 42-60

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ

*Сафонова Анастасия Павловна
Руководители: Бедная Надежда Николаевна,
Пащенко Наталья Владимировна
БПОУ ОО «Медицинский колледж»*

Актуальность темы. Прогрессирующая миопия является одной из ведущих причин слепоты и слабовидения в большинстве развитых стран мира. В проблеме миопии выделяют два основных обстоятельства: высокая частота распространенности и склонность к развитию осложнений. В ряде случаев снижение зрения при миопии является результатом развития дегенеративных и дистрофических процессов в сетчатке. В 6-18 % случаев у пациентов миопия приобретает со временем осложненную форму и приводит к серьезным необратимым изменениям в глазу и значительной потере зрения. Согласно данным литературы, около 15-20% детей к моменту поступления в школу имеют сниженное по разным причинам зрение.

Ежегодный прирост количества детей с миопией в современном общеобразовательном учреждении составляет в среднем около 5%. В основном это учащиеся младших и средних классов, реже – старшеклассники. Скорость прогрессирования

миопии в начальной школе 0,4–0,5 D/год. К старшим классам она замедляется. По данным многолетних наблюдений, периодами наибольшего прогрессирования миопии оказались 1-й и 3-й годы обучения в школе.

Существуют различные методы лечения заболеваний глаз. Одним из методов является лечебная физкультура. В настоящее время ЛФК является эффективным методом только при миопии и глаукоме, при остальных заболеваниях является профилактикой. Чем раньше назначают ЛФК при миопии и чем меньше степень близорукости, тем выше эффективность метода.

Наиболее положительным результатом продолжительной лечебной физкультуры является повышение остроты зрения.

Цель исследования: разработать мероприятия по коррекции миопии для школьников начальных классов и оценить её эффективность.

Задачи исследования:

1. Провести анализ научной литературы, имеющих информацию о выявлении нарушений зрения у школьников начальных классов.

2. Выявить проблемы со зрением у школьников начальных классов и разработать программу по коррекции остроты зрения и профилактике нарушений глазодвигательного аппарата.

3. Оценить динамические показатели остроты зрения у школьников с миопией после применения восстановительной программы и дать рекомендации для родителей.

Объект исследования: нарушение зрения у школьников младших классов.

Предмет исследования: мероприятия для коррекции остроты зрения у школьников начальных классов.

Методы исследования:

1. Анализ научно-методической литературы.

2. Диагностические исследования.

3. Педагогический эксперимент.

4. Методы математической статистики.

Анализ научно - методической литературы.

В обзоре научно-методической литературы дана характеристика анатомо-физиологических особенностей глазодвигательного аппарата детей 7-9 лет, описаны методики проведения гимнастики для глаз и её влияния на глазодвигательный аппарат. Было изучено 11 литературных источников отечественных и зарубежных авторов.

Диагностическое исследование.

В связи с тем, что миопия чаще всего формируется в среднем школьном возрасте, особое значение для её эффективной профилактики и ранней коррекции имеет выявление «группы риска» по миопии среди детей дошкольного и раннего школьного возраста. Проводится исследование остроты зрения, которое осуществляется у детей дошкольного возраста с помощью специальных таблиц с картинками, у школьников – по таблице Сивцева-Головина выявляется наличие уже развившейся патологии органа зрения.

Под предмиопией следует понимать такое состояние глаз, при котором с большей вероятностью следует ожидать перехода рефракции в миопическую (Э.С. Аветисов).

Педагогический эксперимент

Исследование было направлено на определение эффективности применения гимнастики для глаз на занятиях физической культуры, способствующей коррекции миопии у школьников начальных классов.

Методы математической статистики.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Microsoft Excel. Методами вариационной статистики рассчитывалось среднее значение.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 70 школьников начальных классов БОУ г. Омска «СОШ № 28» с углубленным изучением отдельных предметов».

По результатам исследования у 57% школьников выявлены нормальные показатели остроты зрения, у 43 % школьников были выявлены заболевания глаз. Нозологическая структура патологии зрения школьников представлена в таблице № 1.

Таблица № 1 Структура патологии зрения у школьников начальных классов

Вид патологии	Миопия	Гиперметропия	Астигматизм	Косоглазие	Без патологии органа зрения
Количество человек	20	3	5	2	40
(доля, %)	(29%)	(4%)	(7%)	(3%)	(57%)

Анализируя структуру патологии зрения у школьников, было выявлено, что – 30 человек (43%) имеют миопию, гиперметропию и астигматизм, косоглазие.

Обследование было проведено по стандартным методикам с соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил диагностического исследования. Обследование и тестирование проводилось в кабинете медицинского работника. Проводилось исследование остроты зрения, которое осуществляется по таблице Сивцева-Головина.

С целью выявления причин возникновения миопии у школьников было проведено анкетирование родителей. Анализ заполненных родителями анкет позволил выявить дефицит знаний по профилактике и коррекции миопии.

При анализе анкет определены факторы риска развития миопии: наследственность (25%), гиподинамия при высокой зрительной нагрузке (40%), время пребывания на открытом воздухе менее 10 часов в неделю (15%) несбалансированное питание (20%). Из фоновых заболеваний чаще всего встречались гастрит, плоскостопие, нарушения осанки. По результатам анкетирования, совместно с классным руководителем и медицинским работником школы проведено родительское собрание по гигиене зрения, профилактике и коррекции миопии.

Исследования проводились с сентября 2022 года по апрель 2023 года. Было сформировано 2 группы школьников. В первую группу входили школьники с нормальными показателями остроты зрения. Вторую группу составляли школьники с начальной степенью миопии.

В первой группе проводились мероприятия по профилактике снижения остроты зрения, которые включали в себя: соблюдение режима глазной гигиены, комплекс зрительной гимнастики. Контроль эффективности проводился каждый месяц.

Вторая группа включала 20 школьников начальных классов. Курс ЛФК проводился в течение 6 месяцев, занятия 2-3 раза в неделю по 15 минут. После проведенного анкетирования родителям были даны методические рекомендации по устранению факторов риска возникновения миопии, а так же предложен комплекс гимнастики для выполнения в домашних условиях. Для оценки эффективности восстановительной программы диагностическое исследование проводилось на начальном этапе, текущем и заключительном.

Программа занятий. Школьники занимались по разработанной методике оздоровительной программы, задачами которой было:

1. Общее укрепление организма;
2. Активация функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем;
3. Укрепление мышечно-связочного аппарата;
4. Улучшение кровоснабжения тканей глаза;
5. Укрепление мышц системы глаза.

Специальные упражнения для профилактики и коррекции миопии условно делились на несколько групп:

1. Упражнения для наружных мышц глаза:
 - а) прямых,
 - б) прямых и косых.
2. Упражнения для внутренней (цилиарной) мышцы. Упражнения заключаются в движениях глазного яблока по всем возможным направлениям и переводе взгляда с ближней точки ясного видения на дальнюю и наоборот.
3. Самомассаж глаз.

Каждый месяц проводилось тестирование, для коррекции разработанной методики. На заключительном этапе, с целью определения эффективности восстановительной программы был проведен анализ динамики показателей.

За время исследования у школьников первой группы показатели сохранились.

У школьников с миопией, под воздействием физической нагрузки улучшились показатели остроты зрения.

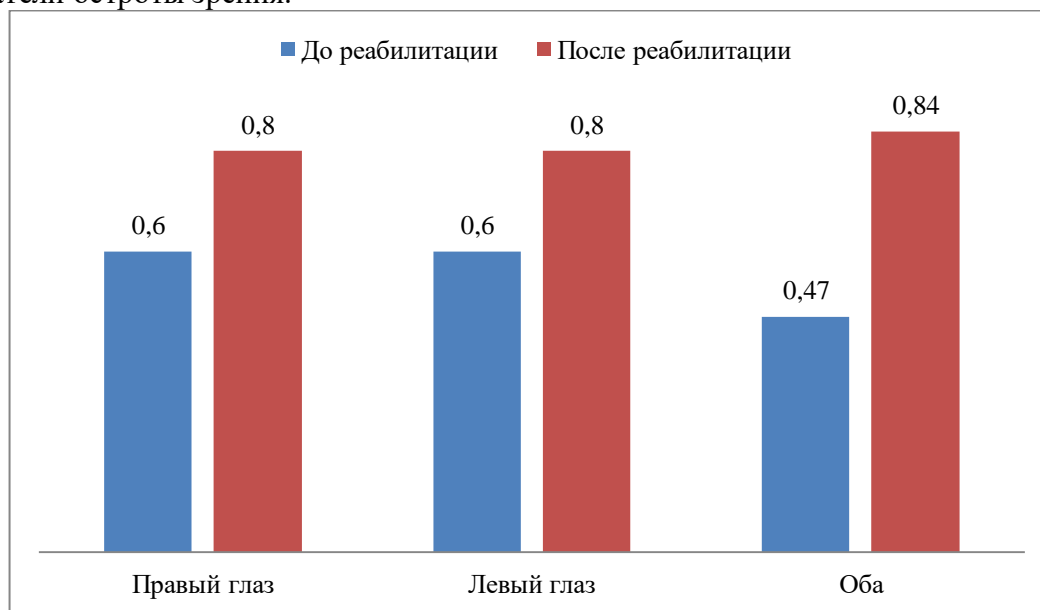


Рис. 1 - Показатели остроты зрения до и после реабилитации

После проведенного исследования показатели остроты зрения левого глаза и правого глаза улучшилась на 30%, обоих (на оба) повысились на 80%. Показатели остроты зрения улучшились и у нескольких испытуемых они приблизились к норме, что говорит об эффективности выбранной программы.

Проведённое исследование позволило сделать следующие **выводы**:

1. Из анализа литературных источников было выявлено, что миопия является проблемой мирового масштаба. Одной из преобладающих патологий у школьников начальных классов является патология органов зрения.

2. Согласно проведённой оценке остроты зрения у школьников начальных классов заболевания органов зрения были выявлены у 30 школьников, что составило 43 % от всего количества обучающихся, из них миопия выявлена у 20 (29%) школьников, гиперметропия у 3 (4%) школьников, астигматизм у 5 (7%) школьников, косоглазие у 2 (3%) школьников. Нормальная острота зрения была выявлена у 40 (57%) обследованных детей.

В связи с этим была составлена программа по профилактике миопии у здоровых школьников, и программа коррекции миопии для школьников с нарушением зрения.

3. Оздоровительная программа, разработанная с учетом показателей диагностического исследования, позволяет уменьшить влияние факторов риска на организм и улучшить показатели здоровья школьников начальных классов непосредственно в процессе обучения.

Регулярное выполнение зрительной гимнастики является эффективным способом профилактики миопии, помогает устранить не только симптомы, но и снижает вероятность прогрессирования имеющейся патологии органа зрения.

Дозирование и контроль зрительной нагрузки, правильная организация рабочего места, правильное положение тела при работе за компьютером, применение зрительной гимнастики – являются эффективными методами профилактики астигматизма.

Практические рекомендации:

1. С целью укрепления глазодвигательного аппарата и остроты зрения у школьников начальных классов рекомендуется методика физической реабилитации, включающая занятия лечебной гимнастикой в течение учебного года (комплекс прилагается).

2. При планировании занятий, направленных на коррекцию миопии, необходимо помнить что, чем раньше назначают ЛФК при миопии, и чем меньше степень близорукости, тем выше эффективность метода.

3. В процессе коррекционных занятий должны соблюдаться следующие физиологически обоснованные педагогические принципы: индивидуальный подход, сознательность, принцип постепенности, систематичность, цикличность, системность воздействия, новизна и разнообразие в подборе упражнений.

4. При планировании занятий оздоровительной физической культурой необходимо включать различные общеразвивающие упражнения для рук, ног, туловища, выполняемых из различных исходных положений.

5. Необходимо осуществлять контроль остроты зрения в динамике.

Список использованных источников

1. Апрелев А.Е., Пашинина Р.В. Оценка некоторых аспектов качества жизни у студентов с миопией в сочетании с сопутствующей патологией // Вестник ОГУ. - 2019. - С. 211-235.

2. Розенблюм Ю.З. Оптометрия (Подбор очков). – М.: Медицина, 2019. – 199 с.

3. Рубан Э.Д. Глазные болезни: учебник. – Ростов на Дону: Феникс, 2018. – 398 с.

4. Сарыбаева М.С., Карп Л.Л., Распространенность миопии среди студентов первого курса АО «Медицинского университета Астана» // Научно-практический журнал "Вестник КазНМУ". - 2019.- С. 22-51.

5. Симонович С. В., Евсеев Г. А. Практическая офтальмология: Учебное пособие для ВУЗов. Универсальный курс. – М.: АСТ-ПРЕСС: Инфорком-Пресс, 2020. – С. 359.

6. Стешов А. В. Как улучшить зрение. – Л.: АСТ-ПРЕСС, 2020. – 191 с.

7. Туманян Э.Р. Клинико-функциональное состояние глаз с миопией высокой степени после имплантации отрицательных ИОЛ. М. - 2019. - С.87-91.

8. Шильников Л.В. Конспект лекций по глазным болезням – М.: Т8 Издательские технологии, 2020. – 160 с.

9. Шиллер С.И., Мингазова Э.Н. Анализ современных потребностей при организации профилактики миопии среди школьников // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 1. ;

10. Эхо Ю. Лечебная физкультура. – 3-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2020. – 127 с.

11. КиберЛенинка: науч. электрон.библиотека: (сайт). – URL: <https://cyberleninka.ru://window.edu.ru/> (дата обращения: 02.04.2024).

12. Научное Бюро Всемирной Организации Педиатрической Офтальмологии и Косоглазия (WSPOS):(сайт). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (дата обращения: 02.04.2024).

13. eLibrary.ru: науч. электрон.библиотека (сайт). URL: <https://elibrary.ru/> (дата обращения: 10.09.2023).

ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛУГ ПО ВИЧ-ТЕСТИРОВАНИЮ КАК СОВРЕМЕННАЯ ТЕНДЕНЦИЯ В БОРЬБЕ СО СПИДОМ

*Сташевская Ксения Александровна,
Руководитель: Старцева Татьяна Александровна
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Актуальность нашего исследования обусловлена не только сложной эпидситуацией по ВИЧ-инфекции в Алтайском крае, но и появлением новой стратегии расширения спектра вариантов диагностики ВИЧ.

На Двенадцатой международной конференции по научным исследованиям ВИЧ, организованной Международным обществом по борьбе со СПИДом (IAS) в июле 2023 года,

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) представила новые научные и методические рекомендации в отношении ВИЧ, активное применение самотестирования и пропагандирование тестирования на ВИЧ. Данная рекомендация имеет особое значение в текущий переломный момент, когда самопомощь и самотестирование получают все большее признание в качестве способов повышения доступности, эффективности, результативности и приемлемости медицинской помощи при самых различных категориях заболеваний, включая ВИЧ.

За весь период регистрации ВИЧ-инфекции в Алтайском крае (с 1990 года) на конец 2022 года зарегистрировано 37270 российских граждан, в крови которых при исследовании методом иммунного блоттинга выявлены антитела к ВИЧ-инфекции. Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных зарегистрировано среди населения Барнаульского медицинского округа (36,7% от всех случаев ВИЧ инфекции в крае) и Бийского медицинского округа (23,0% от всех случаев ВИЧ инфекции в крае). При поступлении в учреждения ФСИН России по Алтайскому краю за весь период регистрации ВИЧ-инфекции выявлено 14,4% от всех случаев ВИЧ-инфекции в крае.

На 01.01.2023 среди ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных за все годы в крае, удельный вес женщин составил 38,2%, мужчин – 61,8% (Рис.1).

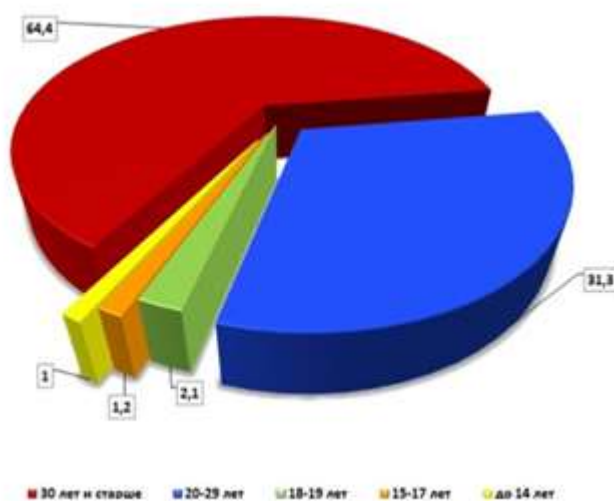


Рисунок 1 – Распределение ВИЧ-инфекции в Алтайском крае по возрасту (на момент выявления), %

Поданным формы №2 федерального статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 2022 годы в Алтайском крае поставлено на диспансерный учёт 1495 лиц с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», в том числе выявленных ранее 2022 года.

В 2022 году лабораторными исследованиями на ВИЧ-инфекцию охвачено 642978 жителей края или 28,0% от численности населения (в 2021 году – 27,1%, в 2020 году – 20,4%).

Цель исследования состоит в определении степени информированности молодежи по вопросам самотестирования на ВИЧ и оценке доступности экспресс-тестирования в городе Барнауле.

В качестве **методов исследования** в работе применялось кросс-секционное исследование, в котором участвовали студенты Барнаульского базового медицинского колледжа в возрасте от 17 до 32 лет. Выборка формировалась случайным образом по принципу добровольности и анонимности. Опрос проводился с помощью модифицированного варианта анкеты, составленного на основе методических рекомендаций ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по проведению исследований оценки уровня информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции с учетом научных и методических рекомендаций Двенадцатой международной конференции по научным исследованиям ВИЧ.

Оценка доступности экспресс-тестирования в городе Барнауле проводилась с использованием маршрутного метода и комбинированной методики: по группам товаров и по последнему приходу (по умолчанию все впервые приходящие товары автоматически расценивались по группам товаров, а при повторном приходе этих же товаров, для них предлагалась цена последнего прихода).

Гипотеза нашего исследования заключается в предположении о том, что информированность молодежи по вопросам ВИЧ/СПИДа находится на уровне, который позволяет обезопасить себя от заражения ВИЧ-инфекцией. Молодежь осведомлена о наличии в свободной продаже экспресс-тестов на ВИЧ и в аптеках города имеется достаточный ассортимент тестов по приемлемой цене.

Все респонденты были разделены по половому признаку. Было опрошено 110 человек, из них 54% девушек и 56% юношей.

Поданным опроса было выявлено, что 52% респондентов не располагают достоверными сведениями об уровне распространённости ВИЧ-инфекции на территории их проживания, еще 20% затрудняются ответить на данный вопрос. Напротив, 28% имеют представление о распространённости данного заболевания. Больше половины (65%) респондентов считают значимым регулярность получения информации о ситуации с распространённостью ВИЧ-инфекции и о методах борьбы с ней.

88% респондентов осведомлены об основных путях передачи ВИЧ-инфекции (половой, парентеральный), но 19% ответили, что можно инфицироваться через поцелуй, другие 15% при одновременном курении одной сигареты возможно заражение ВИЧ и 13% через укусы комара. Вертикальный путь передачи указали только несколько респондентов.

Больше половины респондентов доверяют недостоверным источникам информации, 33% – средствам массовой информации, 29% – интернету, 23% соглашаются с окружающими людьми, что не соответствует рекомендациям ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, которые советуют в большей степени доверять медицинским работникам и сотрудникам центра СПИД.

Молодёжь имеет размытые представления о механизмах развития и течения данного заболевания. Количество правильных ответов составило–44%, неверных –30%, около 26% респондентов затруднились с выбором ответа.

75% студентов отметили, что вирус непосредственно действует на иммунную систему разрушая ее. Из 25% ответивших неправильно, 13% считают, что вирус разрушает свертывающую систему крови.

В случае опасности заражения ВИЧ-инфекцией 36% респондентов ответили, что необходимо пройти неоднократное обследование на ВИЧ-инфекцию, 61% опрошенных не знали о возможности проведения самостоятельного экспресс-тестирования, 3,6% предложили применение гигиенических процедур. В соответствии с рекомендациями ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, в случае заражения необходимо пройти не однократное обследование.

80% респондентов знают, куда обращаться в случае необходимости, а также в целях профилактики. 90% респондентов утверждают, что постоянное использование презервативов снижает риск инфицирования ВИЧ-инфекцией.

Определение иммунного статуса позволяет не только своевременно позаботиться о своем здоровье, но также обезопасить окружающих. 65,5% респондентов не знают, когда в последний раз сдавали кровь на определение иммунного статуса, 27,9% сдавали кровь на анализ около 2-х лет назад, 6,6% проверяли свой иммунный статус в текущем году.

По данным Алтайского краевого центра СПИД делается всё возможное для того, чтобы тестирование на ВИЧ стало еще более доступным. Для этого в регионе начал работу мобильный комплекс по экспресс-тестированию на ВИЧ. Он работает как в Барнауле, так и в других городах и районах края. Тестирование абсолютно анонимно, бесплатно и занимает не более 15 минут. Это очень удобный способ быстро получить всю необходимую консультацию и оперативно узнать свой ВИЧ-статус.

Полное анонимное тестирование возможно при проведении самотестирования на ВИЧ-инфекцию. Возможность проведения самодиагностики складывается из нескольких показателей – экономической доступности тестов, ассортимента и их наличия в аптеках города.

Маршрутным методом было обследовано 6 аптек Октябрьского района (микрорайон Поток г. Барнаула), где обучаются респонденты. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Выборочный анализ ассортимента фармацевтической сети Микрорайона Поток г. Барнаула (на 12.12.23г.)

Название аптечной сети	Экспресс-тест на ВИЧ-инфекцию	Цена,рубли	Тест на наличие наркотиков в моче	Цена,рубли
Фармокопейка	Нет в наличии	-	Тест-кассета Наркочекна 5 видов наркотиков	306,80
Аптеки плюс	Экспресс-тест Имбианмульти-ВИЧ-Имбаин-ИХА4-гопоколения ВИЧ ^{1/2} и Agp24	164,80	Тест-полоска Наркочек на 3 вида наркотиков	188,70
Губернский лекарь	Нет в наличии	-	Экспресс-тест Для определения наркотиков	325,00
Фармдисконт	Иммунохром-антивич ^{1/2} -экспресс набор реагентов для выявления антител ВИЧ	192,00	Наркочек-тест мультипанель На 3 вида наркотиков Наркочек-тест На 5 видов наркотиков -Иммунохром экспресс-тест На 10 видов наркотиков	213,00 314,50 321,50
Ютека	Экспресс-тест ^{1/2} на ВИЧ	198,00	-	-
Еаптека	Тес тИммунохром-анти-ВИЧ- ^{1/2}	195,00	-Наркочек тест мультипанель на 5 видов наркотиков -Наркочек тест-полоски На 3 вида	312,00 118,00

			наркотиков	
--	--	--	------------	--

Установлено, что каждая вторая из обследованных аптек имеют в своем ассортименте экспресс-тесты на диагностику ВИЧ-инфекции скрининговые тесты на обнаружение наркотиков в моче; в 67% аптеках есть экспресс-тесты на диагностику ВИЧ-инфекции; 83,3% аптек имеют в своем ассортименте скрининговые тесты на обнаружение наркотиков в моче. Средняя стоимость экспресс-тестов на ВИЧ–182,4 рубля, а на содержание наркотиков в моче – 333,75 руб.

Маршрутным методом было обследовано по три аптеки в каждом районе города Барнаула, расположенных друг от друга в шаговой доступности. Результаты наличия экспресс-тестов в аптеках г. Барнаула представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты наличия экспресс-тестов в аптеках г. Барнаула на 14.12.23 г. (шаговая доступность, маршрутный метод)

Название района	Аптека	Тест на ВИЧ-инфекцию	Цена,рубли
Октябрьский	1.Планета Здоровья 2.Живика 3.Первая помощь	1.иммунохром-антивич-1.2 тест экспресс для выявления вируса в крови п1	184,00
		2.Нет в наличии	-
		3.Тест ИммуноХром-антиВИЧ-1/2	264,00
Железнодорожный	1.Первая помощь 2.Живика 3.Комфорт	1.Нет в наличии	-
		2.Нет в наличии	-
		3.Экспресс-тест1/2 на ВИЧ иммунохроматографический1шт.	199,00
Индустриальный	1.Гармония здоровья 2.Первая помощь 3.Живика	1.Тест ИммуноХром-антиВИЧ-1/2-Экспресс,набор реагентов,1шт.	184,00
		2.Нет в наличии	-
		3.Нет в наличии	-
Центральный	1.Аптека1 2.Первая помощь 3.Мелисса	1.ВектоВИЧ-1p24-антиген-подтверждающийтест	-
		2.Нет в наличии	198,00
		3.ВектоВИЧ-1p24-антиген-подтверждающий тест	- 184,00
Ленинский	1.Живика 2.Шетл-фарм 3.Планета здоровья	1.Нет в наличии	-
		2.Тест-ИммуноХром-антиВИЧ-½	234,00
		3.Тест-ИммуноХром-антиВИЧ-1/2	264,00

Установлено, что больше половины обследованных аптек (53,3%) в своем ассортименте имеют экспресс-тест на ВИЧ. Стоимость экспресс-тестов на ВИЧ в Октябрьском районе составляет от 184 до 264 рублей, в Железнодорожном 199 рублей, в Индустриальном – 184 рубля, в Центральном от 184 до 198 рублей, в Ленинском от 234 до 264 рублей. Средняя стоимость экспресс-тестов на ВИЧ в исследуемой выборке–209 рублей.

Таким образом можно сделать вывод о том, что сформулированная нами гипотеза исследования частично нашла свое подтверждение.

В ходе проведенного исследования было установлено, что информированность молодежи по вопросам ВИЧ/СПИДа находится на уровне, который позволяет обезопасить себя от заражения ВИЧ-инфекцией.

Основная масса респондентов не знают о мерах, которые следует предпринять в случае опасности заражения ВИЧ-инфекцией, но при этом они осведомлены о предпочтительном способе профилактики ВИЧ-инфекции – использование презерватива.

Самотестирование на ВИЧ в городе Барнауле доступно. В аптеках города имеется достаточный ассортимент тестов по приемлемой цене.

Список использованных источников

1. СПИД.ЦЕНТР: [сайт]. – 2024. – URL: <https://spid.center/ru> (дата обращения: 14.11.2023). – Текст: электронный.
2. На конференции «IAS-2023» ВОЗ представила новые рекомендации по подавлению вирусной нагрузки при ВИЧ и обновленную информацию по ряду научных вопросов. – Текст: электронный / WorldHealthOrganization (WHO): [сайт]. - URL: <https://www.who.int/ru/news/item/23-07-2023-new-who-guidance-on-hiv-viral-suppression-and-scientific-updates-released-at-ias-2023> (дата обращения: 10.10.2023).

КАК РЕЧЕВАЯ КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВЛИЯЕТ НА КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМОЙ ПОМОЩИ

*Титовская Алина Евгеньевна,
Мишанова Мария Станиславовна
Руководитель: Фишер Ольга Викторовна
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Для формирования компетентного специалиста значение имеет не только освоение профессиональных навыков и манипуляций, но и повышение качества речевой культуры. Методики преподавания общеобразовательных дисциплин в СПО (среднее профессиональное образование) должны использовать новейшие методы интенсивного обучения, включать прикладные модули с учетом профессиональной направленности, а также применение ДОТ (дистанционные образовательные технологии) и ЭО (электронное обучение).

Условия реализации учебной дисциплины в системе среднего профессионального образования и практическая необходимость решения возникающих проблем определили выбор темы исследования: Как речевая культура медицинского работника влияет на качество оказания медицинской помощи.

Цель исследования: Влияние общения на психоэмоциональное состояние женщин.

Предмет исследования: Влияние речевой культуры на оказываемую помощь пациенту медицинским работником.

Цель исследования обуславливает развитие следующих направлений:

1. Общение в широком понимании.
2. Влияние общения на психоэмоциональное состояние беременных женщин.
3. Психоэмоциональная помощь женщинам во время родовой деятельности или важность проекта «Мы рядом».

Общение в широком понимании.

В широком смысле слова общение- это вид деятельности, в процессе которого происходит обмен информацией и эмоциями.

Специфику общения составляет тот факт, что обе стороны взаимодействия представлены равноправными активными субъектами и личностями. Поэтому схемы и ка-

тегории анализа предметной деятельности требуют здесь серьезной коррекции. В предметной деятельности существует жесткая и однозначная дифференциация субъекта и объекта. В общении это невозможно сделать, поскольку каждый из партнеров является одновременно и субъектом, и объектом. Нельзя называть общением взаимодействие человека с животными, компьютером и другими объектами. Человек является сложным и уникальным объектом, что делает общение значительно более сложным процессом по сравнению с любой предметной деятельностью. В предметной деятельности субъект имеет дело с вполне реальными материальными объектами, свойства и закономерности которых вписываются в естественнонаучную картину мира. Они имеют форму, размеры, пространственно-временные координаты, физико-химические свойства и достигаемы для органов чувств или приборов. Человек как субъект, как личность, как душевно-духовная реальность, не обладает подобными объектными свойствами. Общение - это и есть взаимодействие двух таких реальностей. Однако прямой контакт между ними невозможен. Он осуществляется через реальные чувственно созерцаемые акты общения: речевые, мимические, практические и т. д. Для того чтобы содержание душевной жизни одного субъекта стало достоянием душевной жизни другого субъекта, оно должно пройти несколько преобразований. Сначала оно облекается в форму доступных для органов чувств конкретных актов общения: речевых сообщений, жестов, мимических сигналов, поступков и т. п. Затем они воспринимаются другим субъектом и, наконец, воссоздаются им в форме соответствующих субъективных образований: образов, понятий, эмоциональных переживаний, чувств, личностных смыслов, всевозможных психических состояний. Подобные переходы и преобразования субъективных образований представляют необходимый атрибут всякого общения.

Общение имеет очень важное значение для человека.

Во-первых, через общение человек удовлетворяет свои потребности. В первую очередь речь идет о большинстве социальных потребностей. Сюда относятся потребности в общении, в славе, во власти, в любви, в уважении, в эмоциональном контакте, в принадлежности к группе, др. Их удовлетворение необходимо человеку как личности. Поэтому ограничение или исключение возможности их удовлетворения приводит к тяжелым личностным последствиям.

Во-вторых, общение выступает как важнейшее условие психического развития человека. Последнее представляет собой процесс усвоения социального опыта, то есть выработанных человечеством и закрепленных в культуре способов поведения в различных жизненных ситуациях, способов обращения с предметами и с людьми. Носителями и трансляторами социального опыта являются люди, общение с которыми и позволяет его усваивать и, таким образом, развиваться. Многочисленные научные факты свидетельствуют о том, что у детей, выросших в условиях полной социальной изоляции и лишенных общения с людьми, не развивается человеческая психика и они не становятся личностями. Обучение и воспитание представляются ничем иным, как формами общения взрослых и детей.

В-третьих, в процессе общения происходит воздействие людей друг на друга, познание ими друг друга, установление межличностных отношений, обмен информацией. Все это имеет крайне важное значение для интеграции людей в целостную социальную систему - человеческое общество, в котором каждый индивид чувствует себя частью человечества.

В-четвертых, общение составляет необходимое условие развития и существования предметной деятельности человека. Последняя, как уже отмечалось ранее, является общественной по своему происхождению и сущности. Это означает, что вне общения она не может ни возникнуть, ни осуществляться. Психологический анализ показывает наличие общения при выполнении не только совместной, но даже и индивидуальной деятельности. Хорошо известно также, что вне общения невозможно и освоение какой-либо деятельности. На генетически ранних этапах любая деятельность является совместной и распределенной между ребенком и взрослым человеком, то есть реализуется через общение. По мере ее усвоения присутствие другого человека принимает скрытую форму. Поэтому общение как бы вырастает в предметную деятельность и составляет одно из существенных ее свойств.

В-пятых, общение оказывает влияние на все психические функции и свойства человека. В условиях общения происходит существенное изменение работы памяти, внимания, воображения, восприятия, мышления, эмоций, воли, механизмов мотивации и всего поведения в целом. Эти изменения носят индивидуальный характер и могут происходить как в сторону улучшения, так и ухудшения. Это важно учитывать в практической работе с людьми.

Влияние общения на психоэмоциональное состояние беременных женщин.

В настоящее время все реже встречается широко распространенный ранее тип врача акушера, полностью отрицающего влияние психологического фактора на течение беременности и родов. Однако понимание психологии у многих врачей остается весьма поверхностным, утилитарным. Редукционизм подхода медицинских работников к перинатальной психологии проявляется не только в том, что все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы они объясняют исключительно биологическими причинами, но и в понимании психологии как набора тестов и техник. До сих пор довольно редко можно встретить врачей, интересующихся мотивами зачатия, пытающихся разобраться в особенностях личности беременной женщины, ее семейной ситуации, стремящихся с учетом этого установить с ней партнерские отношения. Значительно проще, не вникая в подробности, свести к минимуму разговоры с пациенткой и ее родственниками, не формируя, а требуя доверия и беспрекословного подчинения. При таком патерналистском отношении врачи не склонны объяснять пациенткам свои действия, назначения, обсуждать их, предлагать варианты. Нередко на вопросы о причине направления на обследование, процедуру или назначении лекарства женщины, их родственники получают ответы похожие на: «Вы же не врач, не забивайте себе голову...» В подобной ситуации дефицита информации растет тревога и часто возникают ятрогении. Другой причиной ятрогений может быть избыток информации о биомеханизме родов, возможных патологиях и т.п., обрушиваемой на беременную женщину. Пациенткам, как правило, врачи уделяют мало внимания, не задумываются о том, какое влияние на них может оказать, например, обсуждение в их присутствии с коллегами результатов обследования. И все же интерес к перинатальной психологии растет. Это проявляется даже своеобразной модой «украшать» научные исследования в области акушерства и гинекологии результатами психологического тестирования, далеко не всегда уместного, нередко проводимого с грубым нарушением процедуры психологического обследования. Таким образом, основным отличием от эклектически-дилетантского подхода медикоредукционистского является недостаточное внимание к влиянию на течение репродуктивного процесса, личности человека, его психологических особенностей, семейной ситуации. При выявлении нервно-психических расстройств работа по их устранению носит чаще симптоматический, а не этиопатогенетический характер, часто для купирования симптома используется медикаментозная терапия, а психологическим тестированием пытаются подтвердить их эффективность.

Наиболее характерными особенностями медико-редукционистского подхода являются:

- биологический подход к решению любых проблем репродуктивного процесса;
- недостаточное внимание (вплоть до полного игнорирования) к психологическому состоянию пациентки;
- теоретическая основа, опирающаяся в основном на биологические и медицинские знания;
- недостаточные, отрывочные, часто не связанные между собой знания в области психологии;
- частое сведение психологии к использованию нескольких тестов с целью психодиагностики;
- ограничение тем бесед с пациентками преимущественно медицинскими;
- непринятие критических замечаний от психолога, нежелание сотрудничать с ним;
- недостаточное внимание к личности, индивидуальности беременной;
- большая степень риска возникновения ятрогений.

И все же одним из основных факторов, влияющих на психоэмоциональное состояние беременных, является стресс. Беременность сама по себе может быть стрессовым периодом, особенно для женщин, которые сталкиваются с дополнительными факторами стресса, такими как финансовые трудности, социальная изоляция или семейные проблемы. Стресс может привести к различным психоэмоциональным нарушениям, таким как депрессия, тревожность и нарушения сна.

Однако, необходимо отметить, что психоэмоциональные нарушения беременных могут быть успешно управляемыми и излечимыми. Своевременная диагностика и поддержка позволяют женщинам справиться с негативными эмоциями и стрессом, что положительно сказывается на их здоровье и благополучии плода.

Важно осознавать, что беременность – это сложный период в жизни женщины, и она заслуживает всю необходимую поддержку и заботу. Обращение к специалистам, таким как врачи, психологи и социальные работники, может помочь беременным женщинам справиться с психоэмоциональными нарушениями и обеспечить здоровое развитие плода.

Психоэмоциональная помощь женщинам во время родовой деятельности или важность проекта «Мы рядом».

Проект «Мы рядом» направлен на психологическую поддержку женщинам находящимся в родовой деятельности. Помощница при беременности и в родах (волонтер, прошедший специальную программу подготовки, в рамках проекта «Мы рядом»);

- не использует медицинские методы,
- не ставит и не отменяет диагнозы,
- не анализирует и не контролирует состояние матери или ребенка,
- не оказывает акушерскую помощь при родах и в послеродовом периоде.
- оказывает практическую, информационную и психологическую поддержку,
- заботится о создании наиболее благоприятной обстановки во время родов, что благотворно сказывается на впечатлениях от родов как у семьи, так и у медицинского персонала.

Цели проекта «Мы рядом»:

1. повышение качества оказания помощи в родах беременным женщинам
2. возрождение традиций милосердия и оказания добровольческой (волонтерской) помощи
3. формирование пациент центрической установки в оказании акушерской помощи у медицинского персонала и студентов-медиков

Задачи проекта:

- включение в практику сопровождения в родах женщин волонтерами «ББМК»
- формирование у студентов отделений «Акушерское дело» и «Лечебное дело» КГБПОУ «ББМК»:
- понимания приоритетности потребностей женщины в родах и комплаентности во взаимодействии с персоналом и роженицей;
- осознания значимости влияния своего участия в родах на роженицу и ребенка;
- выработка критериев оценки личностных особенностей при профессиональном отборе на специальность «акушерство»

Волонтеры проекта во время помощи женщинам становятся для них опорой и поддержкой, именно в такие трогательные моменты студенты Барнаульского базового медицинского колледжа проявляют не только свое милосердие и чувства сострадания, а так же навыки и умения которые они получили благодаря специалистам Родильного дома № 1 и Психологам «ББМК».

Список использованных источников

1. <https://blog.studyli.ru/tajnaja-sila-slova/>
2. <https://studfile.net/preview/9400888/page:3/>
3. <https://studfile.net/preview/8791118/page:6/>
4. https://mipop.com/images/docs/Books/Dobryakov_perinatalnaya_psychologiya.pdf
5. <https://nauchkor.ru/uploads/documents/5a6f881c7966e12684ee9fe5.pdf>

ИЗУЧЕНИЕ ХРОМОСОМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ- КОСОГЛАЗИЯ (С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗА ЕГО ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ)

*Фролов Кирилл Денисович,
Руководитель: Стариков Константин Вадимович,
Новокузнецкий филиал ГБПОУ "Кузбасский медицинский колледж"*

Направление в современном мире генетика играет значительную роль в прогнозировании развития заболеваний, в том числе и хромосомных.

Хромосомные аномальные нарушения являются одной из наиболее распространённой формой генетических заболеваний.

Понимание особенностей генетической структуры хромосомных заболеваний позволяет не только выявить риски, но и прогнозировать их характер и наследование. Тем самым можно подобрать индивидуальное лечение и уход за пациентом.

Косоглазие достаточно распространённо в наше время и приводит к нарушению бинокулярного зрения, социальной и профессиональной дискриминации и снижению качества жизни.

В связи с этим необходимо понимать, что такое хромосомное заболевание.

Хромосомные болезни — разнородная по клиническим проявлениям группа заболеваний, обусловленных хромосомными или геномными мутациями. Хромосомные синдромы составляют большую долю среди причин, ведущих к репродуктивным потерям, формированию врожденных пороков развития и умственного недоразвития. Самой многочисленной группой хромосомных болезней являются синдромы, обусловленные структурными перестройками хромосом. В научной литературе можно встретить описание более 700 таких синдромов.

Большинство хромосомных болезней являются спорадическими, возникающими заново вследствие хромосомной мутации в гамете здорового родителя или в первых делениях зиготы, а не наследуемыми в поколениях, что связано с высокой смертностью больных в до репродуктивного периода.

Для всех форм хромосомных болезней общим признаком является множественность морфологических, физиологических и биохимических нарушений. Классификация хромосомной патологии осуществляется по трем основным принципам:

1. Этиологический — определение конкретной хромосомы и характеристики хромосомной или геномной патологии (трисомия по 21-й хромосоме, моносомия, частичная моносомия по короткому плечу 5-й хромосомы и т. Д.).

2. Определение типа клеток, в которых возникла мутация (гаметы или зигота). В случае возникновения мутации в гаметах развивается полная форма хромосомной болезни, при которой все клетки организма содержат переданную с гаметой хромосомную аномалию. При возникновении мутации в зиготе развиваются мозаичные формы хромосомных заболеваний. При такой форме в организме встречаются клетки с разными хромосомными составами.

3. Определение поколения, в котором возникла мутация (мутации, наследуемый тип, при котором интересующая нас мутация имеется в клетках родителя).

Также необходимо знать, что на возникновение подобных заболеваний оказывает влияние большое количество факторов окружающей среды. Как правило все эти факторы являются мутагенами и процесс их влияния и изменений на организм называют «мутацией».

К этиологическим факторам хромосомной патологии относятся хромосомные и некоторые геномные мутации.

Виды хромосомных мутаций (см. рисунок 1):

1. Делеция — отсутствие участка или частичная моносомия по данному участку в одной из гомологичных хромосом.

2. Дупликация — разновидность хромосомной перестройки, при которой участок хромосомы оказывается удвоенным.

3. Инверсия — внутривхромосомная перестройка, характеризующаяся

изменением порядка генов на обратный, в результате поворота участка хромосомы на 180°.

4. Транслокация — тип хромосомных мутаций, в результате которых происходит перенос участка хромосомы на негомологичную хромосому.



Рисунок 1 - Хромосомная мутации, механизм

Для конкретного образца механизма работы хромосомных заболеваний приведем такой распространенный пример патологии как глазное нарушения (косоглазие).

Косоглазие – симптомокомплекс, возникающий при различных по этиологии и патогенезу заболеваниях органа зрения и проявляющийся в виде постоянного или периодического асимметричного положения глазных яблок. Является наиболее распространенным глазным заболеванием в педиатрической популяции, поражающим примерно 2-4% детей. Косоглазие приводит к нарушению бинокулярного зрения.

Косоглазие классифицируется по расположению глаз относительно друг друга. Когда один глаз фиксируется, другой глаз может отклоняться внутрь (эзотропия), наружу (экзотропия) или вертикально (гипер / гипотропия). Отклонения могут быть одинаковыми при всех положениях взгляда (сопутствующее косоглазие) или варьироваться в зависимости от положения глаз (сопутствующее косоглазие).

Этиология данной патологии является один аллель риска, функциональный однонуклеотидный полиморфизм в интроне гена на хромосоме 21, который влияет на экспрессию и соседних генов (64), преимущественно наследуется по отцовской линии.

Бывают несколько клинических видов косоглазий, мы же рассмотрим содружественное. (см. рисунок 2)

Клиническая классификация содружественного косоглазия:

1. по продолжительности: - постоянное; - периодическое
2. по углу отклонения: - сходящееся (конвергирующее, эзотропия); - расходящееся (дивергирующее, экзотропия); - суправергирующее (гипертропия) – отклонение зрительной оси кверху; - инфравергирующее (гипотропия) – отклонение зрительной оси книзу
3. монолатеральное – постоянно отклонен один глаз

Содружественное



Экзотропия



Эзотропия

Рисунок 2 - Косоглазие

4. альтернирующее – поочередно отклонен то один, то другой глаз.

Углы отклонения определяют при попеременной фиксации объекта то одним, то другим глазом. Если обследуемому, после фиксации объекта двумя глазами, прикрыть заслонкой лучше видящий глаз, то косящий глаз займет срединное положение в глазной щели. Лучше видящий же глаз при этом отклонится в ту же сторону, в какую ранее отклонялся косящий, причем угол его отклонения (вторичный) будет равен первичному углу.

Для того чтобы понимать как работать с косоглазием его необходимо диагностировать. Для этого существуют следующие способы и методы: жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни; наружный осмотр – обращают внимание на положение головы и симметричность лица, положение глаз в орбите, подвижность глаз; определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией.

Вначале определяется острота зрения лучше видящего глаза, а затем хуже видящего (если он заранее известен); определение характера зрения – с помощью четырехточечного цветотеста; биомикроскопия переднего отрезка глаза; офтальмоскопия; определение рефракции – методом скиаскопии в условиях циклоплегии и с помощью авторефрактометра; определение угла косоглазия и другими

Рассмотрим пример супружеской пары, которая планирует детей, один из них страдает данной патологией, и они хотели бы узнать будет ли предрасположенность у их детей.

Для прогноза и возможность проявления данной патологии обратимся к методу создания генеалогического древа. Но для более точного исследования возьмем семью, где у одного из членов семьи она проявлялась.

В исследовании нам поможет метод сбор и поиск информации от родителей и родственников. Собрав много информации от родителей о близких родственниках пациентов, мы можем понять, что из близких родственников данной патологией страдал дедушка женщины. Так же мы узнали, что страдала его прабабушка так же по материнской линии.

С помощью него мы проследим наследования косоглазия и обозначим его буквами для удобства: Гомозиготные с косоглазием (КК); гомозиготные с нормальным зрением (kk); гетерозиготные с косоглазием (Kk). (см. рисунок 3)

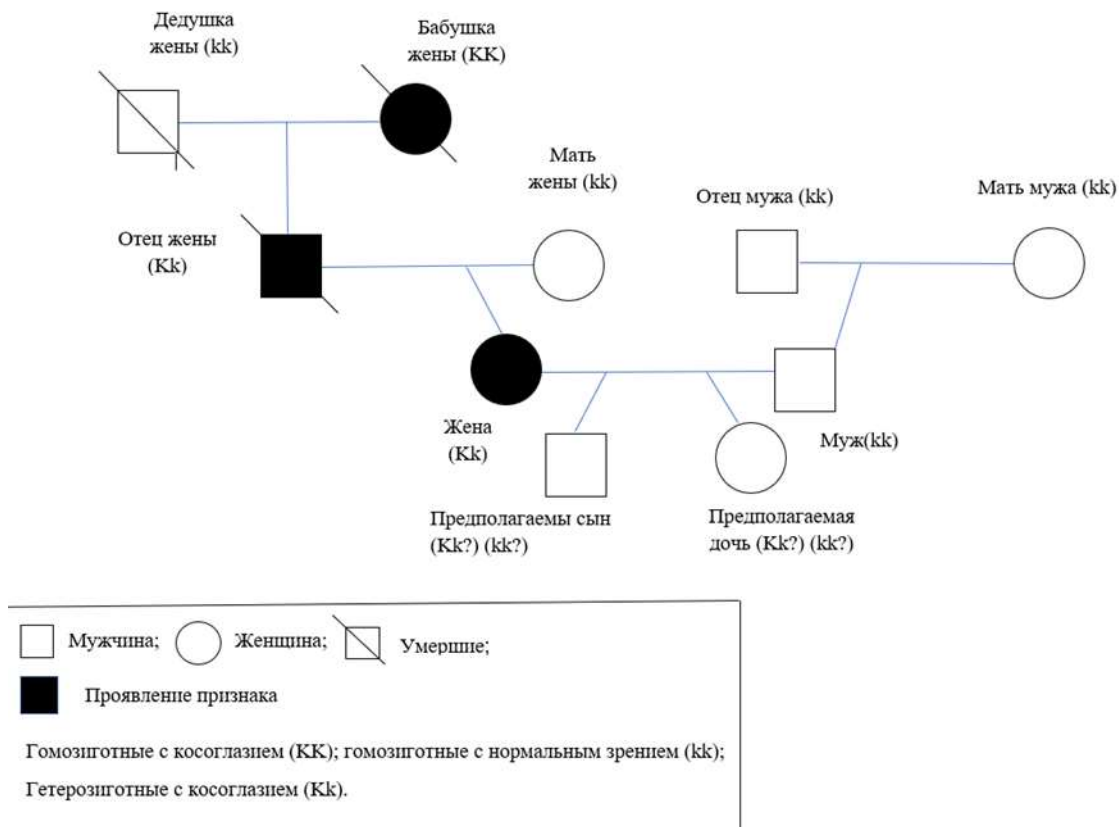


Рисунок 3 - Схематичное генеалогическое древо

И так из данного исследование видно, что шанс исхода наследования 50% (не учитывая пол).

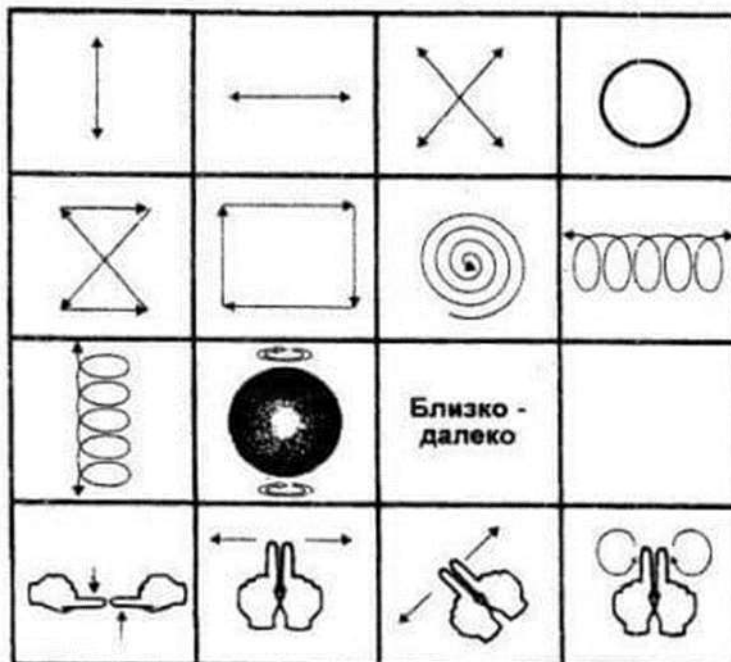


Рисунок 4 - Гимнастика глаз при косоглазии

Если касаться лечения, то необходимо подчеркнуть - его эффективность напрямую зависит от того, на каком этапе оно начинается. Поэтому при первых же признаках косоглазия следует немедленно обратиться к офтальмологу. Очевидно, что только врач может выявить причины, диагностировать тип и степень косоглазия, назначить адекватное лечение в каждом конкретном случае. Как правило, коррекция косоглазия является довольно продолжительным процессом и занимает 2-3 года.

Дополнительным курсом после успешной коррекции косоглазия предписывают специальную систему упражнений для укрепления глазных мышц, координации и легкости движений глаз (см. рисунок 4). К такой рекомендации также следует относиться серьезно и ответственно, поскольку тренинг процессов аккомодации, движений вправо-влево и пр. имеет чрезвычайно важное значение в плане профилактики рецидивирующего развития косоглазия и нарушений зрения в будущем (учитывая, в какое время мы живем и с какой нагрузкой на глаза сталкивается современный «информационный» человек).

Список использованных источников:

1. Бочков, Н. П. Клиническая генетика : учеб. / Н. П. Бочков, В. П. Пузырев, С. А. Смирнихина; под ред. Н. П. Бочкова. 4-е изд., доп. и перераб. Москва : ГЭОТАРМедиа, 2018. 592 с.
2. Баранов, В. С. Цитогенетика эмбрионального развития человека: научно-практические аспекты / В. С. Баранов, Т. В. Кузнецова. Санкт-Петербург : Издательство Н-Л, 2006. 640 с.
3. Молекулярно-генетическая диагностика хромосомных заболеваний с помощью мультиплексной лигазной цепной реакции / Е. А. Котелевская [и др.]. Санкт-Петербург: СПбПУ, 2011. 247 с.
4. Пашков, А. А. Лекции по медицинской генетике : учеб. пособие / А. А. Пашков. Витебск: ВГМУ, 2003. 160 с.
5. Бабцева, А. Ф. Медицинская генетика: учеб. пособие / А. Ф. Бабцева, О. С. Юткина, Е. Б. Романцева. Благовещенск: Амурская гос. мед. академия, 2012. 165 с.
6. Ньюсбаум, Р. Медицинская генетика: учеб. пособие / Р. Ньюсбаум, Р. Мак-Иннес, Х. Виллард; пер. с англ. под ред. Н. П. Бочкова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 624 с.
7. Горбунова, В. Н. Медицинская генетика: учеб. / В. Н. Горбунова. Санкт-Петербург: СПбГПМУ, 2012. 357 с.

**НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА,
ВОЗНИКАЮЩЕГО ПОСЛЕ ЗАНЯТИЙ
ФИЗКУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ**

*Шмакова Евгения Юрьевна,
Сташевская Ксения Александровна,
Шерер Анастасия Владимировна,
Зотов Егор Денисович*

*Руководитель: Старцева Татьяна Александровна,
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Актуальность нашего исследования обусловлена сохранением стабильно большого количества людей, испытывающих боль после занятий физкультурой и спортом.

Мышечная боль, возникающая после физических нагрузок, является своеобразным индикатором стрессового воздействия на мышцы – чем сильнее посттренировочная боль, тем больший стресс испытали мышцы.

В данном исследовании наше внимание сконцентрировано на новых открытиях в механизмах биохимических процессов, которые обеспечивают энергией активно работающую мышечную клетку. В этой связи выбор фактора, который ускоряет метаболизм и при этом устраняет болевую реакцию организма становится особенно интересным в качестве предмета исследования.

Цель исследования состоит в определении комбинации факторов, эффективно улучшающих профилактику возникновения болевого синдрома после занятий физкультурой и спортом.

Гипотеза нашего исследования заключается в предположении о том, что процесс смягчения стрессового воздействия на мышцы при занятиях физкультурой и спортом управляемый

В качестве **методов и методик исследования** в нашей работе выступают: анализ научной и методической литературы по проблеме исследования; метод группового очного анкетирования и интервьюирования, метод параметрической статистики по Стьюденту с использованием программы Excel из пакета MicrosoftOffice.

Респондентами в нашем исследовании выступили студенты и спортсмены Барнаульского базового медицинского колледжа в количестве 78 человек, из которых юноши составляют 65.4 %.

Анализ анкетирования показал, что после занятий физкультурой и спортом лишь 11,5 % не испытывают боль, а 66.7% - часто, причем у каждого третьего из них она сохраняется в течении нескольких дней. 53,8% респондентов утверждают, что появление боли не зависит от их питания. Большинство опрошенных самым эффективным способом избавления от боли считают отдых. У 29,5 % респондентов из-за боли снижается желание заниматься физкультурой и спортом.

Интенсивные физические нагрузки приводят к повышению кислотности в тканях мускулов. Обычно его связывают с производством и накоплением лактата (присутствующей в организме соли молочной кислоты). Однако все больше исследований указывают на то, что хотя и существует корреляция между увеличением содержания лактата и кислотности в активно работающих мышечных клетках, причинно-следственные связи здесь другие, а лактат способствует «смягчению» этого процесса.

Физиологами установлено, что мышечные клетки расходуют энергию АТФ быстрее, чем кислородное дыхание митохондрий восполняет ее запасы. В этих условиях они обращаются к менее эффективным, но быстрым путям синтеза АТФ, в частности, к гликолизу, который ведет к накоплению молочной кислоты и снижению рН [2].

Современные исследования показали, что в организме образуется лактат, а не молочная кислота. Метаболический ацидоз – закисление среды мышечных клеток во время интенсивной работы – связан с использованием энергии АТФ, а не с синтезом и накоплением лактата. Его производство необходимо клетке для восполнения затрат кофермента NAD⁺, необходимого для гликолиза и получения новых «энергетических» молекул АТФ. Это производство (а также транспорт лактата наружу) требует потребления протонов, снижая их концентрацию в клетке. Поэтому образование и накопление лактата может служить хорошим индикатором закисления клеточной среды, но они не связаны как причина и следствие.

Наше внимание привлек повсеместно произрастающий на Алтае кустарник облепихикувшиниоидной с оранжево-желтыми ягодами, который пользуется широкой популярностью в народной и доказательной медицине. Плоды облепихи сортов Чуйская, Алтайская и Эссель обладают высокой антиоксидантной активностью. Облепиха была первым средством, которое применялось для лечения последствий Чернобыльской катастрофы в 1986 году. Со времен Олимпийских игр 1988 года в Сеуле китайским спортсменам для достижения лучших результатов давали напитки из облепихи.

В составе антиоксидантного комплекса плодов облепихи, выбранного в качестве активного вещества в нашем исследовании, входят антиоксиданты фенольного типа (фенольных соединений, флавоноидов, фенольных кислот) и витамин С. Наибольшая вариабельность водорастворимых антиоксидантов облепихи связана с содержанием витамина С – от 82 до 297 мг/100г в зависимости от ботанического сорта. Содержание общих фенольных соединений составило 600–795 мг/100г, а флавоноидов и фенольных кислот – 265–346 и 105–170 мг/100г, соответственно. В составе комплекса жирорастворимых антиоксидантов плодов облепихи разных сортов исследовано содержание витамина Е и каротиноидов, которое составило 6,9–8,3 и 10,7–14,9 мг/100г, соответственно.

Плоды облепихи богаты жирными кислотами; в них содержатся почти две сотни активных биологических компонентов в той форме, которая идеальна для усвоения

организмом человека. В ягодах находится множество витаминов группы В, РР, Е, Н, С. А. Помимо витаминов, облепиха богата микроэлементами — натрием, калием, кальцием, магнием и фосфором. Они необходимы для создания новых клеток и поддержания организма в здоровом состоянии. Также эти элементы участвуют в ощелачивании организма. Помимо минеральных веществ, в плодах облепихи содержатся пектины, дубильные и белковые вещества, фитонциды, органические кислоты.

Для проведения эксперимента в нашем исследовании были выделены 3 группы студентов и спортсменов (К – Контрольная, Э1 -Экспериментальная 1, Э2 - Экспериментальная 2) по 10 человек каждая (5 девушек и 5 юношей) в возрасте 17-20 лет. Эксперимент продолжался в течение 4 недель, с равнозначным видом тренировок. Распределение участников на группы проводилось методом «слепого конверта». Все группы были полностью сопоставимы по объему суточных физических нагрузок, по возрастному и половому составу. В ходе эксперимента студенты выпивали не менее 40 мл /1кг массы тела в день, а рекомендованная калорийность пищи составляла 2500-2700 ккал. Каждому участнику был выдан контрольный лист эксперимента (Табл.1).

Таблица 1. Контрольный лист эксперимента

Условия эксперимента	Группы		
	Контрольная (К)	Экспериментальная 1 Комплекс (Э1)	Экспериментальная 2 Комплекс+облепиха(Э2)
Количество воды в сутки	Не менее 40 мл /1кг массы тела в день	Не менее 40 мл /1кг массы тела в день	Не менее 40 мл /1кг массы тела в день
Калорийность пищи, ккал	Не менее 2500-2700	2500-2700	2500-2700
Ягоды облепихи	Не использовались	Не использовались	Замороженные ягоды облепихи не менее 100г в день в 1-2 приема
Опыт тренировок	<i>начальный уровень спорт. подготовки или опыт многолетней давности</i>	<i>начальный уровень спорт. подготовки или опыт многолетней давности</i>	<i>начальный уровень спорт. подготовки или опыт многолетней давности</i>
Вид тренировок (в неделю)	1 кардио + 1 или 2 силовых	1 кардио + 1 или 2 силовых	1 кардио + 1 или 2 силовых

Группы Экспериментальная 1 и Экспериментальная 2 в ходе эксперимента выполняли следующий комплекс упражнений:

1. Тщательная разминка мышц и суставов до введения основной нагрузки.
2. Выполнение комплекса упражнений на растяжку для увеличения амплитуды движений.
3. Постепенное увеличение интенсивности нагрузок в ходе тренировки.
4. Тщательная разминка мышц и суставов после выполнения основной нагрузки.
5. Выполнение комплекса упражнений на растяжку.
6. Горячий душ по окончании тренировки и самомассаж.
7. Регулярность занятий (без длительных перерывов).

Группа Экспериментальная 2 наряду с выполнением комплекса ежедневно принимала не менее 100г замороженных плодов алтайской облепихи (Фото1).



Фото 1 – Дневная порция облепихи для участия в эксперименте

Самооценка болевого синдрома после занятий физкультурой и спортом проводилась на протяжении 24 дней (6 раз в неделю, в воскресенье – отдых) по 2-бальной шкале:

1 балл - боль, возникшая после тренировок и не проходящая в последующие 1-2 суток;

0 баллов - отсутствие боли или незначительная, проходящая в последующие сутки.

Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты проведенных самооценок болевого синдрома после занятий физкультурой и спортом в группах в период с 19 января по 16 февраля 2024 года

Самооценка болевого синдрома	Количество проведенных самооценок в группах								
	К			Э1			Э2		
	Всего	Юноши	Девушки	Всего	Юноши	Девушки	Всего	Юноши	Девушки
1 балл	201	88	113	62	20	42	29	8	21
0 баллов	39	32	7	178	100	78	211	112	99

На рисунке 1 представлены результаты самооценки болевого синдрома, проведенной участниками эксперимента.

Полученные данные обрабатывались методом параметрической статистики по Стьюденту. Различия расценивались как достоверные при вероятности 95%, т.е. $p < 0,05$.

Исследование показало, что по сравнению с контрольной группой снижение болевого синдрома в ходе эксперимента в группе Экспериментальная 1 произошло на 69,2%, в группе Экспериментальная 2 – на 85,6%, а между группами Э1 и Э2 – на 53,2% ($p < 0,05$).

При исследовании по половому признаку установлено, что снижение болевого синдрома в ходе эксперимента было хуже у девушек, чем у юношей во всех группах, но в тоже время между юношами и девушками в контрольной группе достоверных отличий выявлено не было.

Выводы. Таким образом, было установлено, что сформулированная нами гипотеза исследования нашла свое экспериментальное подтверждение. Полученные данные с вероятностью $p < 0,05$ говорят о возможности смягчения стрессового воздействия на мышцы при занятиях физкультурой и спортом путем одновременного введения комплексного физического (комплекс упражнений) и химического (плоды облепихи) воздействия на организм человека, занимающегося физкультурой и спортом.

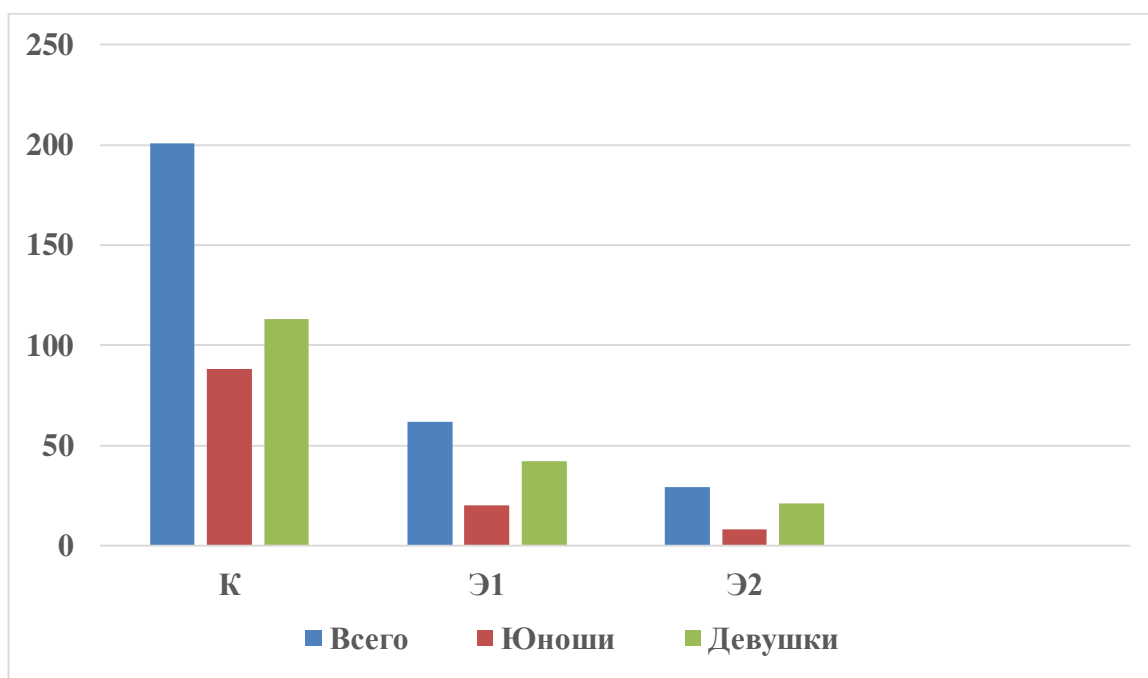


Рисунок 1–Результаты самооценки болевого синдрома (боль, возникшая после тренировок и не проходящая в последующие 1-2 суток) после занятий физкультурой и спортом в группах

Подводя итог проведенному эксперименту, можно утверждать, что систематическое выполнение комплекса упражнений до, вовремя и после физических нагрузок, контроль за водной нагрузкой и питанием, содержащим природные антиоксиданты (в виде плодов облепихи) позволит сделать процесс занятий физкультурой и спортом комфортным и результативным.

Список использованных источников

1. Нилова Л.П. Антиоксидантные комплексы облепихи крушиновидной (*Hipporhamnoides L.*) северо-запада России / Н.П.Нилова, С.М. Малютенкова // Вестник Воронежского государственного университета инженерных технологий. - 2021;83(1):108-114. - URL: <https://doi.org/10.20914/2310-1202-2021-1-108-114> (дата обращения 01.12.2023)
2. Робергс Р. Биохимия метаболического ацидоза, вызванного физической нагрузкой / Р.Робергс, Ф.Гиасванд, Д.Паркер // Американский журнал физиологии. - Регуляторная интегративная и сравнительная физиология, 287(3), R502-R516.- URL:<http://ajpregu.physiology.org/content/287/3/R502> (дата обращения 11.11.2023)