Совет директоров средних медицинских и фармацевтических
профессиональных образовательных организаций
Приволжского федерального округа
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Самарской области
«Сызранский медико-гуманитарный колледж»

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

декабрь 2019г.

УДК 377
ББК 74.4
М439

Под общей редакцией: директора государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Самарской области «Сызранский медико-гуманитарный колледж» **Л.К. Касымовой.**

Редакционная коллегия:
заместитель директора по учебной работе ГБПОУ «СМГК» **Н.Г. Бурлова;**
заместитель директора по учебно-методической и исследовательской деятельности ГБПОУ «СМГК» **Ю.Ю. Баринова;**
методист ГБПОУ «СМГК» **Г.Е. Холодковская.**

Межрегиональная студенческая научно-практическая конференция с международным участием «Теоретические и практические исследования в учебной деятельности»: сборник материалов./ Под ред. Л.К. Касымовой– Сызрань, 2019. – 313с.

В сборнике опубликованы тезисы статей межрегиональной студенческой научно-практической конференции с международным участием «Теоретические и практические исследования в учебной деятельности».

В материалах отражены результаты теоретических и практических исследований студентов по следующим направлениям:

- естественнонаучное;
- социально-гуманитарное;
- техническое.

© ГБПОУ «СМГК», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Направление «Естественнонаучное»	7
СОЗДАНИЕ СОБСТВЕННОГО WEB-САЙТА «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ» *Белова М.С., Муканова Э.С., Рязанова Н.А., Семенова А.К.*	7
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Бояркина А.О., Харичкова Ю.В.,Полоскина С.А.*	11
ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ОРГАНИЗМ БУДУЩЕГО РЕБЁНКА НА ЭТАПЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ *Бусалаева У.А., Солоимова И.Н.*	16
ВНЕДРЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «ПРОМЕД» В РАБОТУ ЦРБ г. БЕЛЕБЕЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН *Габбасова А., Сулейманова Р.И.*	21
ВЛИЯНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ ООО « МОЛОЧНОЕ ДЕЛО - БУРАЕВО» НА АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ *Гадельшина Д.Б. , Валеева З.Ф.*	26
ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ СНА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ *Гайнулова А.Р., Воробьева С.В.*	29
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ФИЗИКИ *Гатилова Е.А., Баязитов И.С.*	33
ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *Гордейченко К.В., Томленова Е.Н.*	39
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА *Григорьева К.Р., Громова Ю.В.*	48
ЭНЕРГЕТИЧЕКИЕ НАПИТКИ – ВРЕД ИЛИ ЗДОРОВЬЕ? *Гутникова Н.Н., Дрожжина Н.И.*	51
ВИТАМИН Д И ЕГО РОЛЬ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА *Джангелдиева С.Х., Томленова Е.Н.*	56
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХРАНЕНИИ *Еременко А. А., Осянкина Н.В.*	64
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ТРАВМАТИЗМА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ *Землянский Н.И., Баринова Ю.Ю.*	69
ФРАКТАЛЬНАЯ ГЕОМЕТРИЯ ПРИРОДЫ *Зиновьева К.Ю., Мерсеитова К.Р., Богатырева Л.И, Сутормина Ю.В.*	73
ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ОДНАИЗ СЕРЬЕЗНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ XXI ВЕКА *Иванова Е.А., Власова Т.А., Галимуллина Р.Ф., Карпова О.В.*	77
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТИДЕПРЕССАНТОВ *Кирьянов Н.А., Дремова Е.А.*	81
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА *Клиентова В.А., Гуськова Т.И.*	85

НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И СКОЛИОЗА - УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Колдынина А.Р., Шагина Т.М., Родькина Е.П.*	90
ВЛИЯНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ УПОТРЕБЛЕНИЯ *Кричевская Н.В., Арбузова А.А.*	96
ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ *Куршин М.Ю., Захарова С.Г.*	101
МАТЕМАТИЧЕСКАЯ НЕГРАМОТНОСТЬ НАНОСИТ ОГРОМНЫЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА *Курчаева А.С., Лугаськова Е.В., Тюрина Е.А., Корчина О.А.*	104
ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ КАК ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОГО РЕЖИМА ДНЯ *Лабзина В.Н., Медкова Н.С., Зимина Т.А.*	107
РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОТОЗОЙНО - ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ *Лазарева Н.А., Кирилина Т.Н.*	110
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА В ПОДГОТОВКЕ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ *Макаркин Е.С., Ларкина Л.Н.*	116
ЗНАЧЕНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ *МалякинаВ.А., Курилова Е.Г.*	121
УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ *Михеева Ю.С., Ярош Л.А.*	124
ПАЛОЧКА БОРДЕ-ЖАНГУ *Мулдагалиева Г.А., Бергенова Л.Э.*	129
ВЛИЯНИЕ ТАТУИРОВКИ И ПИРСИНГА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА *Мусина Е.Г. , Гильманова Т.Л.*	134
ОБОСНОВАНИЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ОРГАНОВ СЛУХА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗВУКОВОСПРОИЗВОДЯЩЕЙ ГАРНИТУРЫ *Неживой С.А., Скворцова И.Е.*	138
МАТЕМАТИЧЕСКИЕ РАСЧЕТЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ *НоздрюхинаЭ.Е., Князева О.Н.*	143
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ *Нуретдинова А.А., Рыжкина Н.В.*	148
ТОВАРОВЕДЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ, РЕАЛИЗУЕМОЙ ЧЕРЕЗ АПТЕЧНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ *Овчинникова Н.А., КалагинаТ.Ю.*	152
ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА МОЛОКА РАЗЛИЧНЫХ ТОРГОВЫХ МАРОК *Орлов А.С., Смирнова Д. В.*	155
МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАНЕСЕНИЕМ ТАТУИРОВОК *Павлова Е.С., Валиева Г.И., Карпова О.В., Галимуллина Р.Ф.*	159
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТА, ЗАБОРЕ, ХРАНЕНИИ И ТРАНСПОРТИРОВКЕ КРОВИ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ *Панкеева В.С., Старкова Т.И.*	163

ЗУБЫ – «ЗЕРКАЛО» ОРГАНИЗМА *Пименова Т. А.,* Тумбаева А. В.	168
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН *Плахова К.С., Седова Е.П.*	172
РАК ЛЕГКИХ, КАК МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА *Проценко В. А., Аверина Н.Н., Ерохина Е.А.*	176
ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖАПО БИОЛОГИИ *Ракушева А.А., Рачкова И.Н.*	180
ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ТРОПА Г.СЫЗРАНИ И Г.ОКТЯБРЬСКА *Спирина Д.С., Захарова С.Г.*	184
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ДВС-СИНДРОМА *Сумбаева Е.В., Ишкова А.Н.*	187
АНАЛИЗ ФРУКТОВЫХ СОКОВ МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ *Тимошина Е.В., Захарова С.Г.*	194
МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ С УГЛУБЛЕННЫМ ТОВАРОВЕДЧЕСКИМ АНАЛИЗОМ ПРЕПАРАТА «КОМПЛИВИТ» *Туманина Е.Н., Матюшова Е.В.*	197
РОЛЬ ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ *Тухбатшина Э.Л, Ермошина Н.В., Шайхлисламова Г.Х.*	202
ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК В КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЯХ *Фадеева А.А., Беликова Э.С., Галимуллина Р.Ф.*	208
СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЮНОГО МАТЕРИНСТВА. ФАКТОРЫ РИСКА НЕЗАПЛАНИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ *Федосеенко Н.С., Дружинина Т.И*	213
КАК ДЕЙСТВУЮТ ПРОСТЕЙШИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ? *Шаховская К.А., Казимирова Т.А.*	216
Направление «Социально-гуманитарное»	221
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФИЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕКУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ У ПОДРОСТКОВ *Асманкина М.А., Чистякова И.Н., Кузнецова О.Н., Мухина С.Н.*	221
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СРЕДА КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА *Варачёва Е.В., Мингараева З.Р.*	225
ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ *Варнакова К.И., Воронова И.И., Лойко А.О., Гончар А.А., Ефименко Г.А.*	227
МОНИТОРИНГ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ КОЛЛЕДЖА *Вассимирская А.А, Шабай С.А.*	231
НУЖДА РОЖДАЕТ ИЗОБРЕТЕНИЕ ИЛИ ОДА ОДНОРАЗОВЫМ ПОДГУЗНИКАМ *Вдовина А.П., Ермакова С.Н.*	235
ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МОЗГА *Живага А.А, Кулябина Л.А.*	240

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА РУССКИЙ ЯЗЫК *Ивлева Н.А., Дятлова А.А. , Емельянова Н.А.*	246
АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ДОНОРА *Капранова И.Н., Костина И.А.*	249
РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ ГОРОДА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ *Климова К.М., Петрова Л.А.*	253
РОЛЬ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В УЧЕБНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА *Костюкова К.А., Гладилина О.А., Орлова Н.Н.*	258
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Куранова Е. В., Бекетова Ю.А.*	262
СОВЕТСКОЕ ИСКУССТВО ПЛАКАТА, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ УСПЕШНОЙ ПРОПАГАНДЫИ АГИТАЦИИ В СССР *Лазарев А.В., Андреев Д.В.*	267
МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ *Лерке К.И., Сережникова И.К., Ефименко Г.А.*	270
УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ *Ломтева О.Д., Назаров Д.С., Кузьмичева Н.А.*	273
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭТНИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ *Мамедова Л.М., Седова Е.П.*	278
РОЛЬ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ *Мильчаков А. А., Регнер Е.А., Данилова М. В.*	283
ПОДВИГ МЕДИКОВ ТАССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ *Нуруллина А. Р., Сахиуллина А. И., Шагвалиева Л. Ф.*	286
СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ *Хомина К.В., Гафурова И.Х., Арасланова В.М.*	289
ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА *Шавкунова Е.С., Горелкина А.А., Мерзлякова А.И.*	293
Направление «Техническое»	298
ПРЕДПРОЕКТНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ АДРЕСНОМ ПРОЕКТИРОВАНИИ ОДЕЖДЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН *Захарук А.Д., Холодковская Г.Е.*	298
ТЕЛЕМЕДИЦИНА - СОВРЕМЕННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ *Кабдошева А. А., Кударова К. Е., Сарсенбаева Ж. Б.*	302
ГРАФИЧЕСКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССА *Капин Я.А., Курганская Е.В.*	308

Направление «Естественнонаучное»

СОЗДАНИЕ СОБСТВЕННОГО WEB-САЙТА «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ»

Белова М.С., Муканова Э.С.,
обучающиеся 2 курса
научные руководители
Рязанова Н.А., Семенова А.К.,
преподаватели,
ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж», г. Бирск

Интернет развивается, как живой организм и контролируется самой жизнью, которая поддерживает эффективные решения и отрицает неэффективные. В разных уголках земного шара Интернетом всерьез увлечены сотни миллионов людей. Интернетом всерьез увлечены сотни миллионов людей. Одни представляют себе Интернет в виде всемирной справочной системы. Другие – в виде средства общения. Третьи стремятся заявить о себе и своих достижениях. Поэтому появилось желание создать собственный полезный информационный ресурс, соответствующий таким разным представлением об Интернете [1, с.328].

Целью нашей работы является: изучение технологии разработки Web-сайтов.

Задачи соответствуют цели. Мы выделили три основные приоритетные работы:

-изучение технологии разработки Web-сайтов,

-создание информационного продукта,

-организация привлечения и доступа к нему пользователей.

Первая задача – научиться создавать Web-сайты и узнать о методах их создания.

Вторая задача – занимает самую объемную работу создание самого Web-сайта – необходимо детализировать следующим образом:

-создание содержательной части сайта;

-создание схемы сайта и разработка его структуры;

-графическое оформление.

Третья задача – открыть доступ к готовому продукту для широкого круга пользователей и привлечение новых.

Цели и задачи работы обусловили её содержание, отражающее основные сферы деятельности информационного продукта и описание средств его создания.

С каждым годом конструкторов сайта становится больше, поэтому сделать выбор всё сложнее. В связи с этим мы отобрали 6 конструкторов сайтов [2, с.97].

Конструктор сайтов uKit

Лучший специализированный конструктор бизнес-сайтов

подходит для создания визиток, лендингов и магазинов предпринимателями малого среднего бизнеса. Указывает на правильную структуру и подачу информации для выбранного вашего бизнеса.

Преимущества:

- Отличный набор коммуникаций.
- Легко освоить с нуля;
- Доступная стоимость.

Недостатки:

Не очень удобное управление записями блога;

Конструктор сайтов uCoz

Модульный конструктор, пользуется большой популярностью у опытных веб-мастеров. Подходит для создания корпоративных сайтов сложной и обычной структуры

Преимущества:

- Можно использовать бесплатно, подключив свой домен к сайту.
- Функциональность не уступает CMS в плане безопасности.

Недостатки:

- Бесплатные сайты содержат всем знакомый рекламный баннер;
- Для эффективной работы необходимо знание, в HTML;

Конструктор сайтов Ucraft

Предназначен для создания сайтов и интернет-магазинов, а также визиток, блогов и лендингов. Сервис хорошо подходит для создания мультиязычных сайтов.

Преимущества:

- Возможность бесплатной публикации лендинга на своём домене;
- Приятный интерфейс панели управления;
- Удобный встроенный блог;
- Есть конструктор логотипов;

Недостатки

- малое количество готовых шаблонов;
- высокая стоимость магазинного тарифа.

Конструктор сайтов Wix

Мощный конструктор для новичков любых сфер деятельности. Есть встроенные блог, форум и магазин хорошего качества.

Преимущества:

- Множество фирменных и сторонних приложений
- Раздельное редактирование версий сайта для ПК и смартфонов;
- Большой набор виджетов, богатая библиотека стоковой графики;

Недостатки:

- По умолчанию включено автопродление тарифа после первой оплаты

- Панель управления имеет очень разветвлённую структуру, нужно привыкнуть.

Конструктор сайтов Тильда

Подходит для создания одностраничных сайтов. Поддерживается среднее по объёму количество внешних интеграций через интерфейс. Сервис подходит для новичков и дизайнеров.

Преимущества:

- Zero Block – создание собственных секций;
- Можно экспортировать файлы сайта;
- Богатая типографика;

Недостатки:

- Высокая стоимость на фоне прямых конкурентов;
- Инструменты для SEO-оптимизации могли быть поудобнее;

Конструктор сайтов Umi

Сервис подходит для предпринимателей, которым нужен магазин среднего объёма. Можно также создавать сайты-визитки и лендинги.

Преимущества:

- Хороший магазин в плане функциональности;
- Можно перенести созданный сайт на другой хостинг.

Недостатки:

- Используются только 100 мегабайт дискового пространства бесплатно;
- Среднее качество шаблонов;
- Лаги в панели управления.

К изучению привлекались следующие *источники*:

- энциклопедии, справочная и учебная литература;
- материалы, опубликованные в периодических изданиях;
- Web-ресурсы;
- документация библиотеки ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж».

Теоретическая и практическая значимость нашего исследования состоит в том, что нашим сайтом могут воспользоваться медицинские работники для ознакомления с новостями здравоохранения и новинками фармацевтической промышленности, а также студенты и преподаватели медицинских и фармацевтических образовательных учреждения [3, с.117].

Итог: из всего вышеперечисленного мы решили взять конструктор сайта Wix. Сайт имеет преимущества при создании образовательных сайтов.

Он намного быстрее и легче в освоении, к созданию сайта можно приступить практически мгновенно, чем, например, в системе Umi, более сложной и долгой в освоении, не предлагающей к тому же бесплатного хостинга.

На главной странице нашего сайты мы разместили краткую информацию о

фармацевтическом обозрении, а также на странице отведено место новостям. На следующей странице была размещена промышленность. Как полезный информационный ресурс посетителей сайта был создан раздел ссылок на сайты, содержащие информацию по разным отраслям наук.

В качестве места для размещения сайта был выбран, один из самых надежных, сервер Wix, использующих систему передачи файлов через Web-браузер, на котором мы и зарегистрировали доменное имя https://elvinamukanova.wixsite.com/mysite.

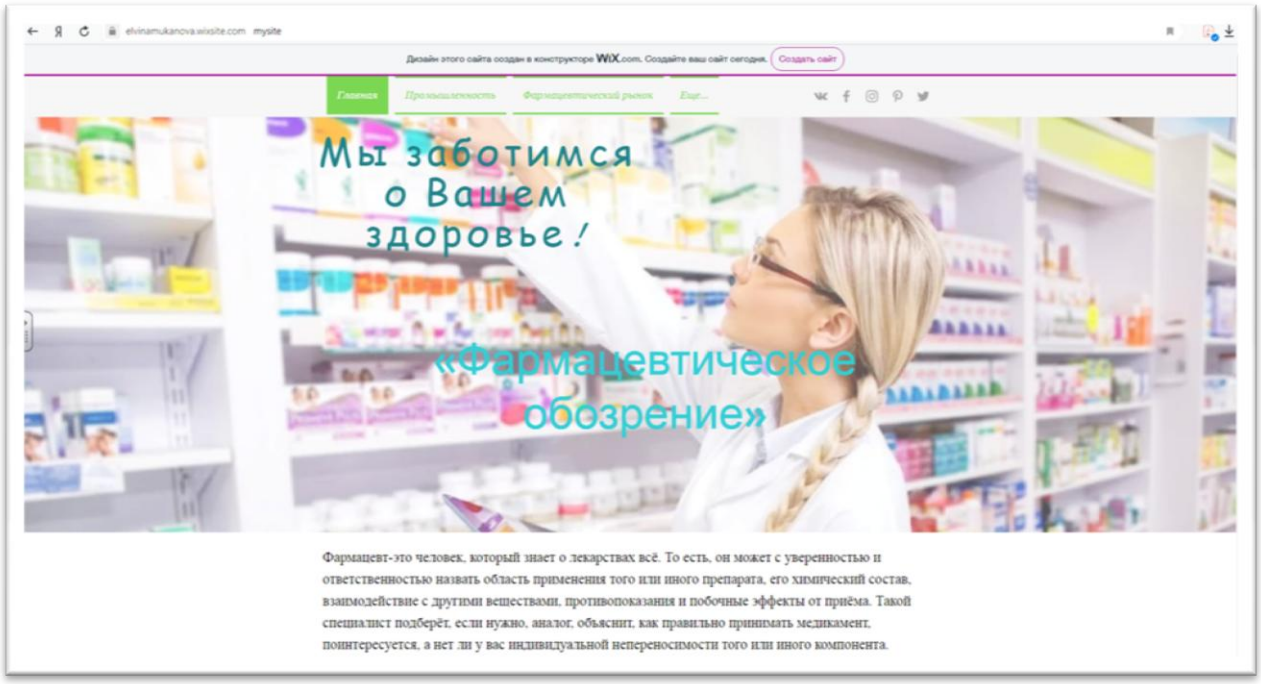


Рис. 1. Интерфейс сайта «Фармацевтическое обозрение»

Таким образом, при создании сайта, мы познакомились с новыми структурами, выполняя данную работу, мы пришли к выводу, что иметь свой сайт не только интересно, но и полезно.

Сайт, который мы создали, благодаря Wix системе – наш первый и надеемся не последний проект, мы не собираемся останавливаться на достигнутом. Наша страница доступна в локальной сети, но в дальнейшем времени мы официально создадим свой сайт на просторах сети интернет.

Литература

1. Чебыкин Ростислав. Разработка и оформление текстового содержания сайтов; БХВ-Петербург - Москва, 2014. - 528 с.

2. Леонтьев, Борис. PHP 5.0 для начинающих, или как создать динамический WEB-сайт / Борис Леонтьев. - М.: Новый издательский дом, 2016. - 176 с.

3. Черников, С. В. Dreamweaver CS3. Строим Web-сайты (+ CD-ROM) / С.В. Черников, Ф.А. Резников. - Москва: СПб. [и др.]: Питер, 2016. - 256 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бояркина А.О., Харичкова Ю.В.,
обучающиеся 2 курса
научный руководитель
Полоскина С.А., преподаватель,
ГБПОУ «НМК», г. Н.Новгород

Актуальность выбранной нами темы обусловлена широким распространением сосудистых заболеваний и в том числе тем, что варикозное расширение вен и геморрой (как частный случай варикоза, локализованный в районе анального отверстия) является комплексным заболеванием, трудно поддается медикаментозному лечению, а в запущенных случаях бывает необходимо хирургическое вмешательство. В то время как при помощи достаточно простого комплекса упражнений, выполняемого регулярно, возможно на раннем этапе – быстро излечить и при значительном развитии болезни – предотвратить ее дальнейшее прогрессирование.

Цель: выявить практическую применимость дыхательных упражнений для профилактики варикозного расширения вен и геморроя.

Задачи.

1. Ознакомиться с видами дыхательных упражнений, физиологией дыхания и влиянием дыхательных упражнений на физиологические функции организма.
2. Выявить методики профилактики варикозного расширения вен и геморроя при помощи упражнений.
3. Изучить эффективность дыхательного упражнения уджайи для снижения артериального давления на выборке из 20 человек.

Вопреки расхожему мнению людей, не обремененных знанием физиологии, дыхательные упражнения предназначены не только и не столько для того, чтобы «насытить кровь кислородом», для этого было бы достаточно и обыкновенного вдоха. Ведь собственно при каждом вдохе кровь насыщается кислородом в той степени, в которой это необходимо и достаточно. Функции дыхательных упражнений гораздо шире и интереснее, с ними мы ознакомимся ниже. Но сначала нужно изучить физиологию данного процесса.

Физиология дыхания изучает процессы, обеспечивающие снабжение тканей организма кислородом и выведение углекислого газа. Понятие «дыхание» включает в себя несколько этапов:

- вентиляция легких (обмен газов между атмосферным воздухом и альвеолами легких),
- диффузия газов в легких (обмен газов в легких между альвеолярнымвоздухом и кровью),
- транспорт газов кровью (процесс переноса кислорода от легких к тканям и углекислого газа от тканей к легким),
- диффузия газов в тканях (обмен газов между кровью капилляровбольшого

круга кровообращения и клетками тканей),

- тканевое дыхание (потребление кислорода и выделение углекислогогаза клетками организма) – биологическое окисление в митохондриях клетки.

Кроме легочной, существуют и иные формы внешнего дыхания (кожное дыхание, дыхание через слизистые желудка и кишечника). [5, с.5]

В таблице 1 мы можем ознакомиться с процентным содержанием газов в разных газовых средах.

Таблица 1 **Процентное содержание газов в разных газовых средах**

(Зарифьян А.Г. 2013г.)

Газ	O_2, %	CO_2, %	N, %
Вдыхаемый воздух	20,94	0,03	79,03
Выдыхаемый воздух	16,3	4,0	79,7
Альвеолярный воздух	14,5	5,5	80

Регуляция дыхания в широком смысле включает процессы регуляции на всех этапах дыхания.

Следует подчеркнуть, что для всех механизмов регуляции дыхания системно объединяющим фактором является поддержание постоянства газового состава артериальной крови.

Функциональное назначение регуляции внешнего дыхания заключается в следующих принципах:

1. Создание ритмичности дыхания – правильного чередования вдоха и выдоха. В этом состоит принцип автономности дыхания.
2. Согласование ритмики внешнего дыхания с функциональным состоянием организма, а также с содержанием O_2 и CO_2 в окружающем воздухе. В покое дыхание более редкое и поверхностное. При физической нагрузке и эмоциональном напряжении дыхание становится более частым и глубоким. В душном помещении даже в покое частота и глубина дыхания увеличиваются. В этом заключается принцип саморегуляции дыхания.
3. Согласование дыхания с речью и произвольное управление дыхательными движениями. Человек произносит слова на выдохе, может сделать глубокий вдох, выдох или задержать дыхание на какое-то время, способен обучиться дыхательной гимнастике. В этом состоит принцип произвольности дыхания.

Регуляция внешнего дыхания – нейрогуморальная. Нервные механизмы доминируют. В основе нервной регуляции лежит рефлекс – ответная реакция организма на раздражение чувствительных рецепторов при участии ЦНС. Морфологической основой рефлекса является рефлекторная дуга с её пятью компонентами. Эфферентным звеном в рефлекторных дугах являются дыхательные мышцы, которые иннервируются двигательными нервами, образованными аксонами мотонейронов [4, с.55]. Таким образом, функция дыхания, с одной стороны, контролируется вегетативной нервной системой, которая лежит за пределами человеческого сознания, но в то же время темп, глубина дыхания и само его наличие (или задержка) может управляться сознанием, и является своеобразным мостом между сознательным и бессознательным за счет связи дыхания и состава крови с другими физиологическими функциями, контролируемыми вегетативной нервной

системой.

По влиянию на ВНС дыхательные упражнения можно разделить на симпатические и парасимпатические.

Симпатические упражнения также можно назвать гипервентилляционными, они вызывают гипероксию, их в арсенале совсем немного, они имеют специфичные цели и побочные эффекты – возможен скачок давления, головокружение, а также временно некоторая степень слабоумия. Соответственно, они противопоказаны для лиц с гипертензией, симпатикотоническом типе ВСД, в период беременности, при психических расстройствах.

Из положительных эффектов симпатических дыхательных упражнений:

- Увеличение жизненного объема легких. Его, как мышечную массу, можно наращивать тренировками.
- Подготовка к задержке дыхания (например, для дайверов) с целью ее удлинения по времени.
- Активизация НС, повышение ЧСС, давления.
- Увеличение количества крови в общем круге кровообращения (из депо) – делает последующие практики, такие как суставная гимнастика, более эффективными.

Парасимпатических упражнений гораздо больше, они разнообразнее как по назначению, характеру воздействия, так и по внешнему виду при выполнении, и «побочные» эффекты от них только положительные, если не считать некоторые противопоказания (такие, как пониженное артериальное давление, для некоторых абдоминальных техник–период менструальных выделений и тд).

Функции парасимпатических дыхательных упражнений:

- Снимают нервное напряжение, улучшают сон, память, внимание (полное йоговское дыхание, уджайи).
- Расширяют сосуды на периферии, снижают ЧСС, АД (уджайи, бамбуковое дыхание, кумбхака) [2].
- Мгновенно купируют приступ бронхиальной астмы (уджайи).
- Повышают теплопродукцию организма, вплоть до сверхспособности–холодоустойчивости: при морозе до -20°С человек может часами не мерзнуть (Туммо – йога внутреннего жара, см. видеоролик в приложении 4) [2].
- Нормализуют пищеварение, улучшают функцию всех внутренних органов брюшной полости (уддияна-бандха, агнисаракрия, наули).
- Улучшают местный иммунитет в области гортани (симхасана).
- Улучшают тканевое дыхание (прорастает большее количество митохондрий в клетках).
- Охлаждают организм, снижают температуру тела, оказывают противовоспалительный эффект (шитали).
- Разгружают сосудистое русло - антиортостаз, профилактика варикозного расширения вен, геморроя (уддияна-бандха).

- При совмещении с физической нагрузкой – образуется больше анаэробных волокон в мышцах.

В древних йогических текстах, таких как Йога Сутра Патанджали и Хатха Йога Прадипика даются очень краткие и не всегда понятные пояснения, как делать то или иное упражнение. Это связано с тем, что знания было принято передавать при непосредственном контакте учителя и ученика, причем ученик долгое время жил в ашраме учителя (таким образом, контролировался образ жизни, воспитывались необходимые качества, такие как тапасья – аскетизм), и знания держались в тайне – о тайности знаний упоминается почти после каждого описания упражнения. «3.16. Тот, кто желает пересечь океан бытия, должен выполнять ту Мудру тайно и в уединённом месте» [6]. Например: «2.33. Вот Наули. С головой, опущенной вниз, вращай вправо и влево внутренности живота медленным движением, подобным водовороту в реке. Это называют Наули» [3]. (Можно легко понять, что имеется в виду, если увидеть выполнение упражнения вживую. Однако не каждый человек сможет повторить это с первого раза. В приложенном видеоролике я объясняю и показываю этапы освоения данного упражнения). Еще некоторые актуальные для данной статьи, но не умещающиеся в ее рамки, цитаты из данных трактатов мы приведем в Приложении. А пока перейдем к цели данной статьи, а именно – профилактика и лечение варикозного расширения вен и геморроя.

Ключевые причины варикозного расширения вен – это слабые стенки сосудов и застойные явления в венах, оказывающие давление на слабые стенки. Среди факторов риска, вызывающих данные явления, можно перечислить: гиподинамию, сидячая или стоячая работа, женский пол, беременность, климакс, наследственность, гипертониюи другие.

Комплекс упражнений, направленный на нейтрализацию вышеуказанных причин.

1. Уджайи. Снижает артериальное давление, улучшает циркуляцию крови на периферии, повышает метаболические процессы. 1-2 минуты.
2. Уддиянабандха. Разгружает венозное русло, подсасывая кровь «эффектом шприца» (от уровня органов малого таза, а при глубоком выполнении – от уровня бедер), за счет разницы давления, создаваемой диафрагмой. 3 раза.
3. Ашвини-мудра – ритмичное сокращение мышц промежности. 100 раз.
4. Статические и динамические перевернутые упражнения.10-15 минут в день.

Перечисленные упражнения делаются 2-3 раза в неделю для общей профилактики, ежедневно - для профилактики в группах риска и 2 раза в день – терапевтически.

Поскольку научное обоснование и эксперименты с вышеуказанными заболеваниями – это работа не для статьи, а для диссертации, в качестве доказательной базы к данной статье мы взяли одно конкретное упражнение и его влияние на АД и ЧСС. Результаты в таблице – приложение.

В ходе проведенного исследования нас поразило, насколько распространена гипертензия, в т.ч. у молодых испытуемых, средний возраст участников эксперимента составил 33 года, гендерный состав 50/50 М/Ж.

Выяснилось, что 1 минута выполнения упражнения Уджайи вызывает небольшое снижение АД, в среднем на 7 мм рт. ст., иногда с повышением ЧСС, в 2 случаях повысилось АД и снизилась ЧСС; в большинстве случаев снижалось и АД, и ЧСС. Эксперимент затруднялся тем, что люди выполняли дыхательное упражнение впервые, поэтому надо было объяснять технику и контролировать ее правильное выполнение. Выборка малочисленна, что требует дальнейших исследований.

Вот что про эти заболевания указано в Йога Сутрах Патанджали и Хатха Йога Прадипике: «Туберкулез, проказа, геморрой, запор и другие болезни побеждаются Маха-Мудрой».[6] «Ашвини-мудра 3.82. Сократи мышцу заднего прохода, а потом расслабь её. Повторяй это. Это – Ашвини-мудра, пробуждающая Шакти. 3.83. Ашвини – великая Мудра, устраняющая болезни заднего прохода, дающая силу, хорошее самочувствие и предохраняющая от преждевременной смерти» [3].

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что дыхательные упражнения могут быть использованы для профилактики и лечения заболеваний, в комплексе с другими мерами. К сожалению, введение этого в общую медицинскую практику затруднено недостаточными исследованиями на эту тему, а также необходимостью личного качественного обучения технике выполнения с контролем правильности понимания и выполнения упражнений пациентами.

Дыхательные упражнения расширяют возможности нашего тела и сознания. Осознанное дыхание улучшает качество жизни.

Приложения

1. Таблица «Результаты измерения АД и ЧСС до и после выполнения упражнения».
2. Избранные цитаты из Хатха Йога Прадипики и ГхерандаСамхиты.
3. Презентация.
4. Видеоролик«Туммо, йога внутреннего жара», к.б.н.Минвалеев Р.С.
5. Видеоролик «Техника выполнения дыхательных упражнений» Бояркина А.О.

Литература

1. Минвалеев Р.С. Автореферат к кандидатской диссертации «Особенности внутрисердечного и внутриорганного кровотока при избранных позах человека (по данным допплерэхографии)» / Р.С.Минвалеев, СПбГУ, 1999.
2. Минвалеев Р.С. Физика и физиология тибетской йоги туммо /Р.С. Минвалеев, журнал "Химия и жизнь", 2008, №12 - с.28-34.
3. Ригин А. ГхерандаСамхита в переводе А. Ригина.
4. Физиология дыхания: учебное пособие / А.Г. Зарифьян, Т.Н. Наумова, А.К. Нартаева, И.Е. Кононец. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2013. 146 с.
5. Физиология системы дыхания: учебное пособие / Сост.: А.Ф. Каюмова, И.Р. Габдулхакова, А.Р. Шамратова, Г.Е. Инсарова. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2016 – 60 с.
6. Хатха-йога Прадипика. Свами Сарасвати - Издательство Здоровье, 2004.

ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ОРГАНИЗМ БУДУЩЕГО РЕБЁНКА НА ЭТАПЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Бусалаева У.А.,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Солоимова И.Н.
преподаватель,
ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной», г. Самара

Проблема фармакотерапии беременных женщин на сегодняшний день стала очень важной. В связи с наличием различных заболеваний у беременных невозможно избежать назначения им лекарственных средств (ЛС). Есть препараты, которые абсолютно безвредны для эмбриона и плода, но имеется много лекарственных средств, ставящих под угрозу нормальное развитие плода или его жизнь. По литературным данным ЛС могут быть причиной 2-3% врожденных аномалий [1]. Лекарства играют значительную роль в возникновении врожденной патологии, замедлении внутриутробного развития плода и последующего физического и интеллектуального развития ребенка.

Объект исследования: организм будущего ребенка на этапе внутриутробного развития. **Предмет исследования:** тератогенное воздействие лекарственных средств на плод.

Цель работы: изучение тератогенного воздействия лекарственных средств на организм плода.

Задачи:

1. Провести аналитический обзор литературных источников по данной теме.
2. Проанализировать воздействие лекарственных средств на развитие будущего ребенка.

Известно, что четыре из пяти беременных женщин принимают лекарства, которые в той или иной степени проходят через плаценту. В 1 триместре, когда происходит формирование органов и систем, некоторые препараты могут воздействовать на эмбриональные ткани, вызывая врождённые аномалии.

Тератогенами называют вещества, применение которых до или во время беременности вызывает развитие структурных нарушений, метаболическую или физиологическую дисфункцию, изменение психологических или поведенческих реакций у новорожденного, в момент его рождения или в постнатальный период.

Тератогенный эффект лекарства зависит от дозы и от срока применения. Например, развитие и формирование сердечно-сосудистой системы человека приходится на 20-40 день после оплодотворения, конечностей - на 24-46 день, нервной системы - на 15-25 день.

Все ЛС перед внедрением в клиническую практику проходят оценку на тератогенность в экспериментах на животных, но от 3 до 5% всех врожденных пороков развития связаны с их приемом. Это обусловлено тем, что

тератогенный эффект препарата у человека трудно предсказать на основании экспериментальных данных, полученных на животных. Так, в конце 50-х — начале 60-х годов XX столетия в странах Европы и Северной Америки произошла «талидомидовая трагедия», когда у женщин, которым во время беременности назначали седативный препарат талидомид, родилось от 8 до 12 тыс. детей с врожденными пороками развития (ВПР), несмотря на то, что в эксперименте не было выявлено тератогенности этого препарата.

Чаще всего аномалии развития плода являются результатом неправильного развития оплодотворенной яйцеклетки вследствие действия на нее неблагоприятных факторов, в том числе ЛС. При этом важное значение имеет срок влияния этого фактора. У человека выделяют три таких периода.

До 3 недель беременности (период бластогенеза) действие лекарств не сопровождается развитием грубых аномалий развития эмбриона, но может приводить к его гибели (эмбриолетальный эффект) и самопроизвольному аборту. Влияние лекарств в этот период характеризуется общетоксическим действием. Большая часть зародышей, поврежденных в этот период, удаляется путем спонтанных абортов, за счет которых, по современным прогнозам, число новорожденных с врожденными дефектами снижается с 12 до 2-3%.

4-9-я недели беременности (период органогенеза) считаются наиболее опасным сроком для появления врожденных дефектов у человека. В этот период происходит дробление зародышевых клеток, их мигрирование и дифференцировка в различные органы. В этот период практически все лекарства переносятся из крови матери к эмбриону и их концентрация в крови матери и плода практически одинакова. Клеточные структуры плода более чувствительны к действию лекарств, чем клетки материнского организма, в результате чего могут нарушаться нормальный морфогенез и формироваться врожденные пороки развития. Наблюдается тератогенное действие препаратов,что приводит к развитию врождённых аномалий у плода [2, с.170-179]. Фетальный период (с 12-й недели и до момента рождения), к началу которого уже произошла дифференцировка основных органов, характеризуется гистогенезом и ростом плода,происходит дифференцировка органов и тканей и быстрый рост будущего ребенка. Неблагоприятные факторы провоцируют развитие фетопатий, для которых характерны не морфологические пороки, а замедлением роста плода, заболевания и функциональные нарушения органов и систем, расстройства поведения. В результате патогенного воздействия непосредственно на плод или повреждения плаценты развиваются инфекционные и неинфекционные фетопатии.

К неинфекционным фетопатиям относится фиброэластоз, диабетическая, тиреотоксическая, алкогольная фетопатии и другие. При злоупотреблении на поздних сроках беременности обезболивающими препаратами из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) возможно развитие синдрома первичной легочной гипертензии, формирующегося вследствие преждевременного закрытия Боталлова протока [4].Сохраняется их возможное влияние на развитие нервной системы, органов слуха, зрения, половую систему,

особенно женскую.

Кроме срока воздействия важное значение для лекарственного тератогенеза имеют доза препарата, видовая чувствительность организма к действию лекарства и наследственная чувствительность к действию препарата.

Лекарственные средства в настоящее время классифицируются по степени риска для плода в ряде стран (США, Австралия) на категории от A (безопасные) до D (противопоказанные в период беременности) и X:

- **категория A** — исследования не выявили риска неблагоприятного воздействия на плод в первом триместре беременности и нет данных о риске во втором и третьем триместрах (хлорид калия, препараты железа, поливитамины, трийодтиронин).
- **категория B** — исследования на животных не выявили риски отрицательного воздействия на плод, надлежащих исследований у беременных женщин не было (инсулин, метронидазол).
- **категория C** — исследования на животных выявили отрицательное воздействие лекарства на плод, а надлежащих исследований у беременных женщин не было, однако потенциальная польза, связанная с применением данного лекарства у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на имеющийся риск (изониазид, фторхинолоны, гентамицин, противопаркинсонические препараты, антидепрессанты).
- **категория D** — получены доказательства риска неблагоприятного действия лекарственного средства на плод человека, однако потенциальная польза, связанная с применением лекарственного средства у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на риск (диазепам, доксициклин, канамицин, диклофенак, аспирин).
- **категория X** — выявлены нарушения развития плода или имеются доказательства риска отрицательного воздействия данного лекарства средства на плод человека и, таким образом, риски для плода от данного лекарства превышает возможную пользу для беременной женщины (талидомид, колхицин, изотретиноин, карбамазепин, стрептомицин) - абсолютно противопоказанные лекарственные препараты во время беременности [3].

В первые три месяца беременности женщины наиболее часто принимают противорвотные средства, во втором триместре - антигистаминные средства и антибиотики, в третьем триместре - диуретики и психотропные препараты. И более половины беременных женщин эпизодически получают психотропные препараты, антациды, нестероидные противовоспалительные препараты и др. Поэтому задачей врачей и фармацевтов является рациональный выбор лекарственных средств, не имеющих токсического воздействия на плод.

Антигистаминные средства применяются для лечения гестозов беременных, при аллергических состояниях и заболеваниях. Антигистаминные препараты могут нарушать процессы органогенеза. По данным клинических наблюдений тератогенное действие антигистаминных препаратов не установлено, однако в первом триместре беременности их использование должно быть ограничено.

Муколитические и отхаркивающие средства: бромгексин, амброксол, карбоцистеин в I триместре беременности противопоказаны. Во II и III триместре их назначают при условии, если лечебный эффект превышает риск отрицательного влияния на плод.

Антацидные лекарственные средства: маалокс, тальцид, фосфалюгель, алмагель А, гастал и др., назначаемые при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, во время беременности следует применять с осторожностью и короткими курсами. Антациды способны вызывать нежелательные побочные эффекты (гипермагниемия, повышенные сухожильные рефлексы) у плодов и/или новорожденных [1].

Транквилизаторы группы бензодиазепинов применяются в комплексе мероприятий по обезболиванию родов, при лечении гестозов беременных, при стрессовых ситуациях. Бензодиазепины (хлозепид, диазенам, мепротан) повышают риск врожденных пороков развития плода при их назначении в I триместре беременности (раздвоение и аномалии конечностей).

Седативный препарат талидомид вызывает дефекты конечностей, аномалии сердца, почек, желудочно-кишечного тракта.

Антидепрессанты: амитриптилин, амоксапин, кломипрамин и др. по действию на плод отнесены к категории С FDA. Амоксапин в эксперименте оказывает эмбриотоксическое действие. Также может приводить к фетотоксическому эффекту, в больших дозах.

Снотворные средства. Применение барбитуратов в период беременности требует осторожности, так как использование препаратов, в последнем триместре беременности может приводить к формированию физической зависимости и к нарушению свертываемости крови у новорожденного.

НПВС, фармакологические эффекты, которых обуславливает их широкое применение в терапии воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата, болевом синдроме, при лихорадочных состояниях. Применение НПВС в период беременности сопряжено с опасностью развития побочных эффектов и может приводить к пролонгированию срока беременности и ослаблению родовых схваток [4].

Антибиотики-тетрациклины вызывают аномалии зубов и костей будущего ребёнка.

Противотуберкулезные средства: изониазид, фтивазид, рифампицин, стрептомицин, и др. хорошо проходят через плаценту и способны вызывать повреждения плода. При использовании изониазида в I триместре беременности отмечено возникновение грубых аномалий плода (анэнцефалия, гидроцефалия, пороки сердца, эктопия мочевого пузыря, заращение анального отверстия, гипоспадия, спинномозговые грыжи, расщепление позвонков, косолапость).

Антикоагулянты — варфарин вызывает аномалии костей и хрящей, гипоплазию носа; во 2-м триместре — синдром Денди-Уокера: гидроцефалия, обусловленная атрезией срединной апертуры IV желудочка.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- Во время беременности плод и мать являются как бы одним единым организмом.

Современная медицина придает большое значение защите развивающегося плода отразнообразных вредных факторов внешней среды, влияющих на организм матери и плода в различные периоды беременности. Особую актуальность имеет защита плода от воздействия химических веществ, в частности от ЛС, которые могут переходить через плацентарный барьер, проникать в ткани эмбриона и плода, вызывая аномалии развития.

- Внешние факторы, которые влияют на мать влияют и на плод. Во время беременности плод очень уязвим, и любые неблагоприятные воздействия на него могут приводить к нарушению нормального развития.
- Лекарственные средства различных фармакологических групп имеют разные механизмы действия, существуют опасные для плода лекарственные препараты, относительно опасные, относительно безопасные и безопасные.
- Опасные ЛС характеризуются тремя механизмами действия: фетотоксическим, эмбриотоксическим и тератогенным.
- Самым неблагоприятным и опасным считается тератогенное воздействие, которое приводит к различным патологиям и уродствам. Лекарства с тератогенным действием не назначаются беременным женщинам.
- Нарушения развития плода, связанные с приемом некоторых лекарственных средств, могут быть очень серьезными и приводить к инвалидизации.
- При необходимости назначения беременным женщинам ЛС по жизненным показаниям, подбирается наиболее безопасный препарат и приемлемая безопасная дозировка, т.е. возможная польза препарата для беременной женщины превышает возможный риск для плода.
- Важной задачей фармацевта является консультации с беременными женщинами о вреде самолечения, ведь даже многие ЛС, которые отпускаются без рецепта врача, могут нести вред для плода и дальнейшего развития, и состояния здоровья ребенка.

Литература

1. Влияние лекарственных средств на здоровье плода и дальнейшее развитие ребёнка. Швагерус В.П., Бутенко Ю.В., Леут Е.В., Панжинская Н.И. [Электронный ресурс] // – Режим доступа: http://nauka.x-pdf.ru/17meditsina/13911-2-vliyanie-lekarstvennih-sredstv-zdorove-ploda-alneyshee

2. Данилов Р К., Боровая Т. Г. Учение о критических периодах развития человека. Аномалии развития. В кн.: Общая и медицинская эмбриология. - СПб.: СпецЛит, 2013. - С. 170-179.

3. Категории рисков для плода по FDA при применении лекарств беременными женщинами. Реформа 2015 г.[Электронный ресурс] //- Режим доступа:http://www.gastroscan.ru/handbook/121/4476

4. Косарев В. В., Бабанов С. А. Особенности применения лекарственных средств в различные возрастные и физиологические периоды // Медицинский вестник. Педиатрическая фармакология- 2010.-Т. 7 -№5.

Межрегиональная студенческая научно-практическая конференция с международным участием
«Теоретические и практические исследования в учебной деятельности»

ВНЕДРЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «ПРОМЕД» В РАБОТУ ЦРБ г. БЕЛЕБЕЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Габбасова А.,
студентка 3 курса
научный руководитель
Сулейманова Р.И.,
преподаватель
ГАПОУ РБ «Белебеевский медицинский колледж»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Белебеевская центральная районная больница (ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ) является лечебно-диагностическим и консультативным центром. Оказывает амбулаторно-поликлиническую (как плановую, так и экстренную), соответствующую самым современным медицинским стандартам, помощь, как жителям собственного, так и соседних районов.

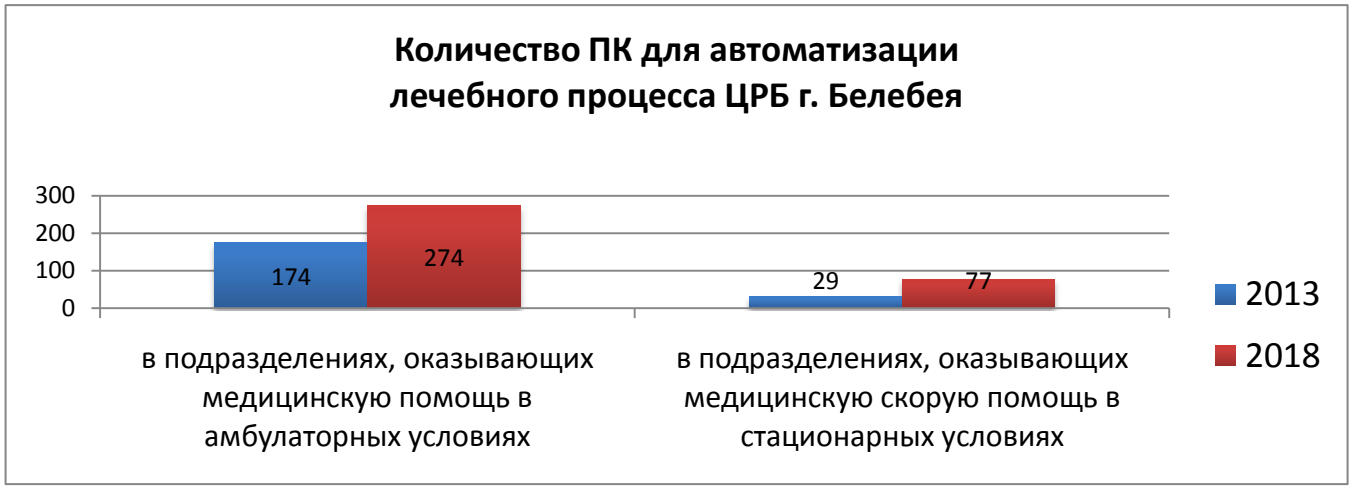
Белебеевская ЦРБ — постоянно развивающееся и совершенствующееся лечебно-профилактическое учреждение. В работе организации используются самые современные информационные технологии. Республиканская медицинская информационно-аналитическая система Республики Башкортостан (РМИАС) «ПроМед» внедряется в работу больницы с 2013 года.

С 2013 года по настоящее время в ГБУЗ ЦРБ г Белебея началось поэтапное внедрение РМИАС «Промед».

Внедрение МИС на первом этапе позволило организовать электронный документооборот в структурных подразделениях клинической больницы, расположенных более чем в 10 зданиях по городу Белебею. Устранение ручного перемещения документов, экономит не только время, но и значительные материальные затраты - амортизацию автотранспорта, бензин, затраченные на перемещение документов.

По итогам внедрения:

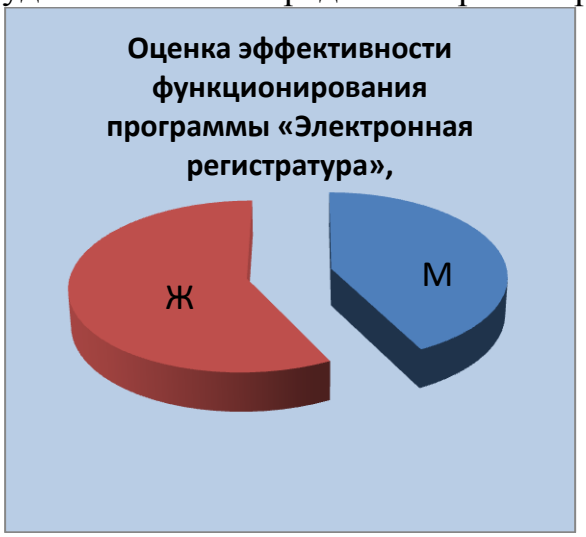
- установлено более 1000 АРМ;
- автоматизированы все структурные подразделения;
- в программе работает 1838 пользователь;
- 811 медицинских работников самостоятельно вносят данные в «Промед» (посещения, рецепты и т.д.).



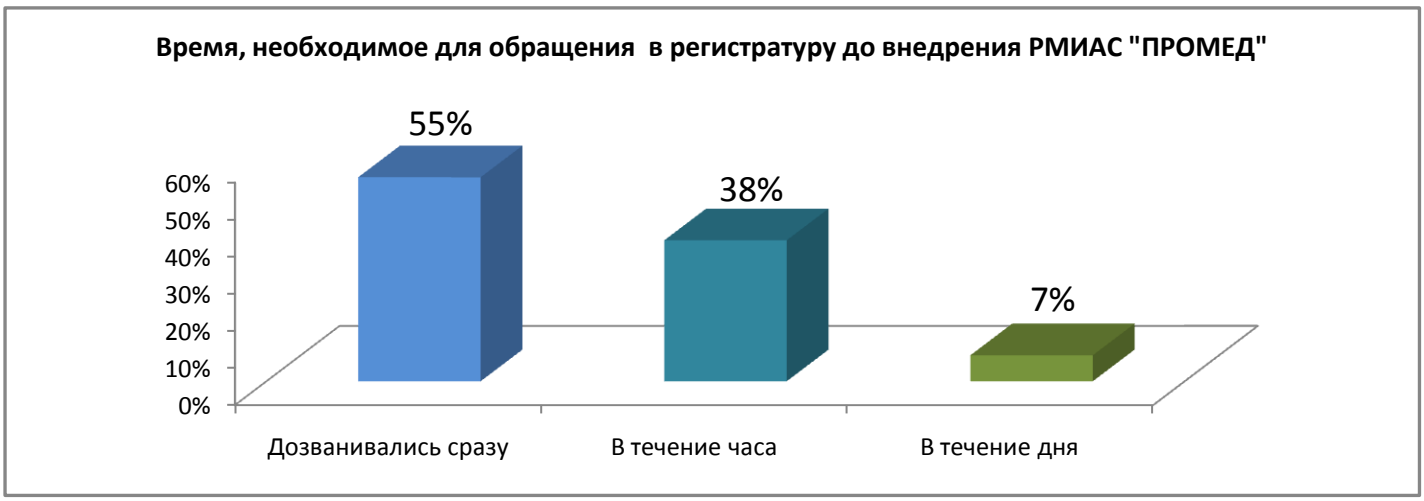
Оценка внедрения РИАМС «Промед» в работу ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ

Анализ опроса пациентов

В ходе исследования было изучено мнение 564 респондентов об эффективности функционирования программы «Электронная регистратура», проведен сравнительный анализ доступности для населения первичной медико-санитарной помощи до и после внедрения РИАМС. Среди респондентов 42,4% составили мужчины, 57,6% – женщины. Две третьих опрошенных (66,2%) находились в трудоспособном возрасте, одна треть (33,8%) – в возрасте старше трудоспособного. Средний возраст опрошенных– 48,12±1,15 лет.

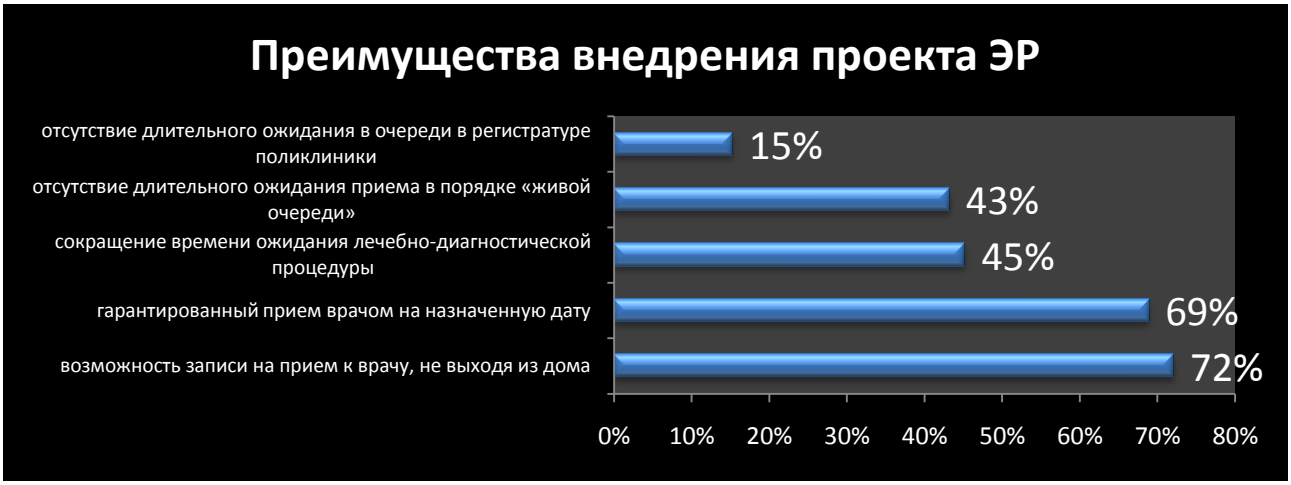


Основной блок вопросов анкеты позволил оценить преимущества работы информационной системы с точки зрения потребителя медицинских услуг. Так, в период до внедрения ЭР более половины респондентов (55%) дозванивались в регистратуру сразу; 38% – в течение часа, 7% – в течение дня. Наиболее удобной запись на прием к врачу по единому телефону диспетчерского центра считают 63,2% респондентов, через Интернет – 14,2%, через регистратуру поликлиники – 12,1%, 5,7% – предпочитают ожидание в порядке «живой очереди» у кабинета врача, 4,3% – через систему «талонов по времени» на прием к врачу.



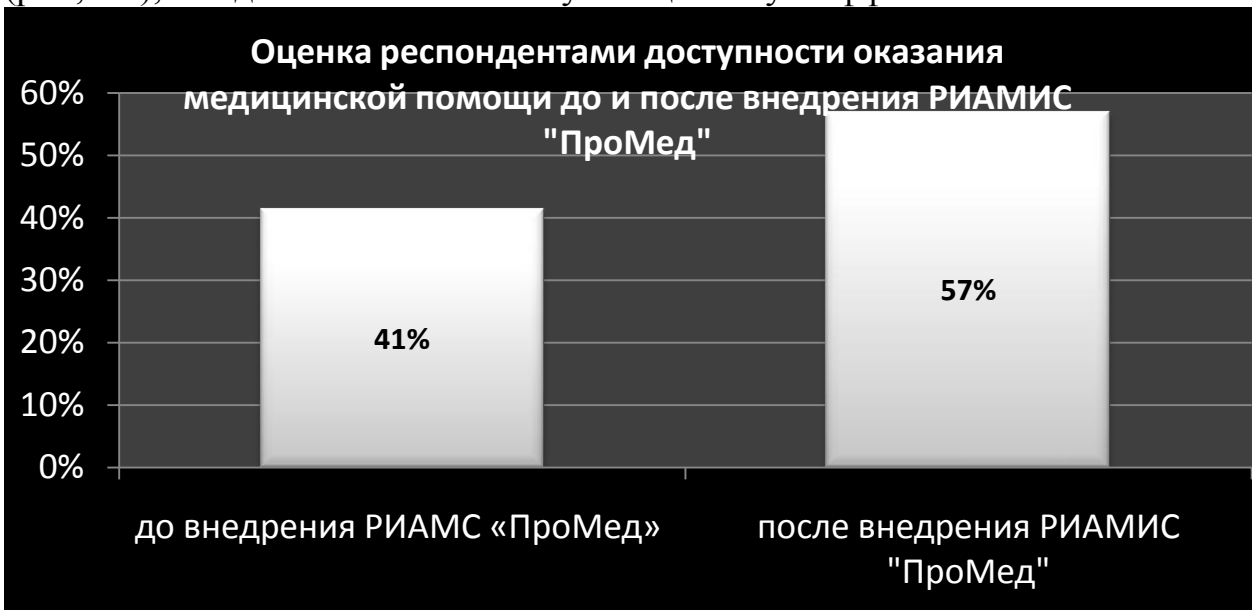
Сравнительный анализ позволил установить, что среднее время ожидания приема врача-терапевта участкового после введения системы записи на прием к врачу через «Электронную регистратуру» сократилось в 3,2 раза с 48,64±2,86 до 15,01±1,05 минут ($p<0,001$), приема врача-специалиста – в 2,4 раза с 42,5±1,58 до 17,5±1,13 минут ($p<0,001$). До внедрения электронной регистратуры в 76,4% случаев пациенты попадали на прием в день обращения, после внедрения – в 98,4% ($p<0,001$). Доля лиц, удовлетворенных внедрением новой системы записи на прием к врачу, составила 81,7%.

К преимуществам внедрения проекта ЭР 72,1 % опрошенных отнесли возможность записи на прием к врачу, не выходя из дома, 68,9% – гарантированный прием врачом на назначенную дату, 45,2% – сокращение времени ожидания лечебно-диагностической процедуры, 43,2% – отсутствие длительного ожидания приема в порядке «живой очереди», 15,3 %– отсутствие длительного ожидания в очереди в регистратуре поликлиники. Кроме того, все перечисленные выше позитивные стороны внедрения новой системы отметили 12,9% респондентов. Упрощение процедуры записи на прием к врачу, уменьшение срока ожидания посещений врача, диагностических процедур привело к увеличению числа обращений среди пациентов трудоспособного возраста на 18,9%. До внедрения ЭР пациенты трудоспособного возраста составляли59,9%, после – 71,2% ($p<0,001$).



Респондентами была дана сравнительная оценка деятельности поликлиники до и после внедрения ЭР по 5-балльной системе. Деятельность поликлиники до внедрения РИАМС «ПроМед» оценена населением на 2,79±0,02 балла, после внедрения оценка оказалась достоверно выше – 3,98±0,03 ($p<0,001$).

Анкетирование, проведенное после внедрения МИС, выявило существенное увеличение доступности и качества оказания медицинской помощи. Так, в 5,2 раза снизилось число пациентов, не удовлетворенных наличием очереди в регистратуре (с 89,3% до 17,2% опрошенных), очередности на прием к врачу в 8,3 раза (с 75,1% до 9,1%), в 2,1 раза возросла доступность лабораторно-диагностических исследований (с 36,1% до 17,3%. Индекс удовлетворенности населения деятельностью исследуемой поликлиники) (ИУ = а+3/4б+1/2в, где а – «да, вполне удовлетворены»; б – «скорее да»; в – «затруднились с ответом»; г – «скорее нет»; д – «нет») до внедрения РИАМС «ПроМед» составил 41,3%: после внедрения – 57,0% ($p<0,001$), что доказывает ее высокую социальную эффективность.



Анализ опроса врачей

При опросе 25 врачей-терапевтов участковых выяснено, что информатизация позволяет повысить эффективность работы врачей. Среди преимуществ 80,0% врачей указали на экономию времени, затрачиваемого на поиск амбулаторной карты пациента, за счет ведения электронных медицинских карт; 92,0% – на сокращение времени, необходимого на ведение медицинской документации за счет использования справочников и автоматического формирования документов на основе имеющихся данных; 96,0% – на сокращение времени, теряемого при поиске информации о больном, 76,0% – на равномерное распределение нагрузки на врачебные кабинеты за счет ведения электронного расписания; 96,0% – на формирование внутренней отчетности, необходимой для анализа деятельности медицинского учреждения, 100% – на существенное сокращение времени на поиск информации и ведение картотеки пациентов.

Выводы:

1. Информатизация здравоохранения, внедрение новых технологий происходит на фоне реформы здравоохранения и вызывает много критики. Тем не менее, во многих регионах отмечают улучшения в работе медицинских учреждений и упрощение многих процессов, как межведомственных, так и внутренних. Это свидетельствует о том, что задано верное направление развития, и совместными усилиями можно вывести систему здравоохранения на принципиально новый уровень.

2. Внедрение современных информационных технологий в амбулаторно-поликлиническую практику позволило вывести оказание первичной медико-санитарной помощи на качественно новый уровень, оптимизировать процесс отчетности, повысить эффективность работы.

3. Для населения внедрение в муниципальную систему здравоохраненияРМИАС «ПроМед» позволило повысить доступность оказания амбулаторно-поликлинической помощи для населения трудоспособного возраста.

Литература

1. Иванова, М.А. Ресурсное обеспечение и оптимизация медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, в условиях модернизации здравоохранения : автореф. дис. … д-ра мед.наук / М.А. Иванова. – М., 2007. – 42 с.

2. Столбов, А.П. Интеграция персональных данных о состоянии здоровья: этапы реализации / А.П. Столбов, П.П. Кузнецов // Врач и информационные технологии. – 2011. – №5. – С. 31-36.

3. Фролов, С.В. Современные особенности развития медицинских информационных систем / С.В. Фролов, С.Н. Маковеев, С.В. Семенова // Врач и информационные технологии. – 2010. – №2. – С. 4-9.

4. Стародубов, В.И. Первичная медицинская помощь: состояния и перспективы развития / В.И. Стародубов (и др.). –М.:Медицина, 2007. – 264с.

5. Стародубов, В.И. Медицинские кадры в стоматологии / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, К.Г. Дзугаев. – М. : Медицина, 2006. – 256 с

6. Щепин, В.О. Качество жизни как критерий здоровья и эффективности лечебно-профилактической помощи / В.О. Щепин (и др.). – Ижевск : Сарапульская типография, 2011. – 172 с.

ВЛИЯНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ ООО «МОЛОЧНОЕ ДЕЛО - БУРАЕВО» НА АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ

Гадельшина Д.Б.
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Валеева З.Ф., преподаватель
ГАПОУ РБ «Бирский медико – фармацевтический колледж» г.Бирск

Обострение экологических проблем связанных с повышенными выбросами отходов и нагрузкой на окружающую среду связано, в первую очередь, с отсутствием экологических стратегий большинства предприятий.

Очевидно, что количество и качество отходов зависит от применяемой технологии и условий производства. К сожалению, на многих предприятиях, действует устаревшее оборудование, что приводит к нерациональному использованию ресурсов и усугубляет состояние окружающей среды.

Цель – изучение влияния деятельности предприятия ООО «Молочное дело - Бураево» на окружающую среду Бураевского района.

Объект исследования – предприятие ООО «Молочное дело - Бураево».

Предмет исследования – влияние деятельности предприятия ООО «Молочное дело - Бураево» на окружающую среду Бураевского района.

Задачи исследования:

1. Исследовать влияние деятельности предприятия ООО «Молочное дело - Бураево» на атмосферный воздух.
2. Провести анализ воды реки Сару, находящейся вблизи предприятия ООО «Молочное дело-Бураево».

ООО «Молочное дело-Бураево» занимается производством пищевых продуктов, включая напитки, переработкой молока и производством молока, сыра и цельномолочной продукции. Предприятие расположено рядом с жилыми домами на расстоянии 500-800м. Рядом с предприятием проходит автомобильная проселочная дорога с двумя ответвлениями. По этой дороге ввозится сырье для производства молочной продукции, а также вывозятся готовые продукты для дальнейшей реализации. Вследствие чего наблюдается повышение уровня загрязнения атмосферного воздуха, так как увеличиваются концентрации диоксида серы, оксида азота, углеводородов, аммиака и других соединений в воздухе.

В связи с этим целью нашей работы явилось изучение влияния деятельности предприятия ООО «Молочное дело-Бураево» на окружающую среду Бураевского района.

Оценку уровня загрязнения воздуха осуществляем с использованием индекса загрязнения атмосферы (ИЗА), что позволяло учитывать не только концентрацию различных веществ, но и вредность их воздействия на здоровье, а также методом биоиндикации [11,с.21].

В качестве индикатора антропогенного влияния, принимаемого в настоящее время за «эталон биодиагностики», использовали сосну

обыкновенную, которая для условий лесной полосы Республики Башкортостан является наиболее чувствительной к загрязнению воздуха. Информативными по техногенному загрязнению являются морфологические и анатомические изменения хвоинок сосны обыкновенной [15, с.103].

Анализ состояния хвоинок сосны обыкновенной проводится с 3 участков соснового бора, расположенного напротив предприятия ООО «Молочное дело-Бураево»:

1 участок - возле предприятия ООО «Молочное дело-Бураево»;

2 участок – внутри соснового бора;

3участок – рядом с р. Сару.

Известно что, в незагрязненных лесных экосистемах основная масса хвои сосны здорова, не имеет повреждений и лишь малая часть хвоинок имеет светло-зеленые пятна и некротические точки микроскопических размеров, равномерно рассеянные по всей поверхности. В загрязненной атмосфере появляются повреждения, и снижается продолжительность жизни хвои сосны [15, с.105].

Исследования ряда авторов показывают, что при хроническом загрязнении лесов диоксидом серы наблюдаются повреждения и преждевременное опадение хвои сосны. В зоне техногенного загрязнения отмечается снижение массы хвои на 30-60% в сравнении с контрольными участками. Для ряда растений установлена величина предельно допустимой концентрации содержания диоксида серы. Величина ПДК (мг/ куб. м) для: сосны обыкновенной – 0,5, клена ясенелистного – 2,0, овсяницы луговой, смородины золотистой -1,0 [3].

Анализ результатов проведенного исследования показал, что из отобранных 100 хвоинок наибольшее количество с некротическими пятнами (0,6%), с усыханием (0,74%) наблюдается на участке 1; на участке 2 хвоинки с некротическими пятнами составляют 0,43%, с усыханием 0,58%, а на участке 3 процент хвоинок с некротическими с пятнами – 0,25%, с усыханием – 0,36%. Исходя из этих данных, можно сделать вывод о том, что участок 1 наиболее сильно загрязнен, чем другие изученные участки. Расчет индекса загрязненности атмосферного воздуха диоксидом серы показал, что содержание диоксида серы в атмосферном воздухе Бураевского района вблизи предприятия ООО «Молочное дело-Бураево» в 2 раза превышает ПДК.

Выводы:

1. Результаты исследования атмосферного воздуха показали ,что норму ПДК превышают концентрации некоторых веществ, а именно бенз(а)пирена, сероводорода, диоксида азота и взвешенных веществ. Содержание этих элементов вызывает резкий запах рядом с заводом.
2. Уровень загрязения биоиндикационным методом показал, что участок №1 (рядом с заводом) наиболее загрязнен, чем другие изученные участки.
3. Анализ сточных вод предприятия ООО «Молочное дело – Бураево»

до и после очистки показал превышение норм ПДС следующих веществ: ХПК, БПК, взвешенные вещества, железо, жиры.

4. Анализ проб воды с реки Сару, взятая ниже места сброса сточных вод показал превышение показателей БПК, ХПК, фосфатов, сульфат-ионов, хлорид-ионов и общей жесткости. Вода рядом с заводом мутная, имеет желтоватый оттенок и резкий запах.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствует о том, что деятельность предприятия ООО «Молочное дело-Бураево» оказывает негативное влияние на окружающую среду Бураевского района. Для снижения негативного влияния необходимо усовершенствование очистных сооружений, а также проведения ряда защитных мероприятий.

Литература

1. Акулов, К.К., Гигиена водоснабжения предприятий молочной промышленности /К.К. Акулов, В.Т. Мазаев, Т.Г. Шлепнина, Ю.Н. Гурский. – М.: Агропромиздат, 2009. 201с.
2. Арбузов, В.В. Экономика природопользования и природоохраны. Учебное пособие / В.В.Арбузов, Д.П. Грузин , В.И. Семакин — Пенза: Пензенский государственный университет, 2004. 251 с.
3. Ашихмина, Т.Я. Экологический мониторинг / Т.Я. Ашихмина. М.: Академический Проспект, 2015. 416 с.
4. Водный кадастр. Ежегодные данные о режиме и ресурсах рек Республики Башкортостан. 2000 г. – 84 с.
5. Забодалова, Л. А. Технико-химический и микробиологический контроль на предприятиях молочной промышленности: Учебное пособие /Л.А. Забодалова. СПб.: Троицкий мост, 2009. 224 с
6. Закон Российской Федерации «Об охране окружающей среды»: (в ред. Федерального закона от 30. Мая 2016 № 32-ФЗ]. – Уфа.2016. – 133 с.
7. Закон Российская Федерации «Об отходах производства и потребления»: (в ред. Федерального закона от 8 ноября 2007 года № 258-ФЗ].- Уфа.2008. – 36 с.
8. Закон Российская Федерация. «Об охране атмосферного воздуха» : (в ред. Федеральных законов от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ, от 9 мая 2005 года № 45-ФЗ].- Уфа.2005.- 27 с.
9. Миркин, Б.М. Экология Башкортостана /Б.М. Миркин, Л.Г. Наумова, У.Г. Ибатуллин.Уфа, 2009. 150 с.
10. Охрименко, О.В.Лабораторный практикум по химии и физике молока / О. В. Охрименко, К. К. Горбатова, СПб.: ГИОРД, 2005. 256 с
11. О состоянии природных ресурсов и природной среды республики Башкортостан в 2017 году. [Электронный ресурс] - Режим доступа: htpp// www. eco. procrb.ru свободный
12. Павлов, С.В. [Текст] / С.В. Павлов // Сопровождение и развитие автоматизированной системы по формированию и ведению регионального кадастра отходов на территории Республики Башкортостан (АИС «КАДАСТР ОТХОДОВ») II очереди. Научно-исследовательская работа. / А.Х. Абдуллин, О.И. Христодуло, З.Л. Давлетбакова и др. - Уфа, 2013. – 76 с.

13. Рабилизиров, М.Н. Сбор переработка смывных вод / М.Н. Рабилизиров // Молочная промышленность №4, 2006. 27 с.
14. Рекомендации по снижению загрязненности сточных вод предприятий молочной промышленности, ВНИМИ, 2007 – 91с.
15. Новиков , Ю. В. Экология, окружающая среда и человек/ Ю.В. Новиков - М: ОРАИР-Пресс, 2002. 560 с.
16. Тихомирова. Г.П. Экологические лаборатории на молочных предприятиях / Г.П. Тихомирова // Молочная промышленность №9, 2003. 44 с.
17. Тищенко, Н.Ф. Охрана атмосферного воздуха / Н.Ф. Тищенко, М.: Химия, 2001. 368 с.
18. Янбаева, А. М. Говорим – здоровье, подразумеваем – экология / А.М. Янбаева, Уфа, 2010. 45 с.

ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ СНА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ

Гайнулова А.Р.,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Воробьева С.В.,
преподаватель
АПОУ УР «РМК МЗ УР», г. Сарапул

Здоровье - бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит самому человеку, его образу жизни. У молодёжи, как и у населения в целом, преобладает пренебрежительное безответственное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих. Охрана здоровья населения – это профессиональный долг медицинского работника, а его собственное здоровье – ресурс необходимых в работе душевных и физических сил.

Сон (somnus) – это физиологическое состояние, периодически сменяющее бодрствование и характеризующееся у человека отсутствием сознательной психической деятельности, значительным снижением реакций на внешние раздражения.

Гипотеза: полноценный сон влияет на качество учебы.

Цель исследования: изучить проблему нарушения сна у студентов медицинского колледжа и найти пути решения данной проблемы.

Задачи исследования:

1. Выявить причины снижения продолжительности сна студентов.
2. Определить наиболее часто встречающиеся нарушения сна среди студентов.
3. Разработать рекомендации по компенсации дефицита сна.

Студенты – это особый социальный слой населения. Большие интеллектуальные нагрузки, резкие изменения привычного образа жизни,

формирование межличностных отношений вне семьи, необходимость адаптации к новым условиям, проживания и питания приводит к нарушениям сна. К нарушениям сна относятся множество синдромов, которые характеризуются изменением количества сна и его качества.

К наиболее распространенным причинам лишения сна у студентов можно отнести:

- стресс и тревогу;
- прием тонизирующих безалкогольных и алкогольных напитков;
- всеночное изучение учебного материала перед уроками или экзаменом на следующее утро;
- частое посещение социальных сетей;
- просмотр фильмов ужасов перед сном;
- еда в ночное время суток;
- большой объем домашних заданий по разным предметам;
- отсутствие умения самоорганизации;
- негативное влияние некоторых однокурсников.

Для студентов полноценный сон должен составлять не менее 6 часов! Слишком короткий сон провоцирует недосып. Недостаток сна ухудшает память, мышление, концентрацию и объём внимания, снижает быстроту психомоторных реакций, что негативно отражается на результатах учёбы. В проведенном исследовании приняли участие студенты Сарапульского филиала Республиканского медицинского колледжа 1 и 5 курсов (40 студентов 1 курса и 23 студента 5 курса). Проводилось два исследования в форме анонимного тестирования (Таблица 1,3).

Результаты первого тестирования показали, что основными причинами недосыпа являются:

- большой объем учебной работы, занятия допоздна – это составило 24,2 % (19 чел.)
- провождение времени в интернете (социальные сети, онлайн-игры) – 20,8 % (16 чел.)
- встречи с друзьями и посиделки допоздна, мешающие полноценному сну, отметили 16,8 % (12 чел.)
- отсутствие умения самоорганизовываться 15,7 % (11 чел.)
- на семейные заботы указали 12,4 % (10 чел.)
- 10,1 % (8 чел.) студентов отмечают, что чувствуют себя не выспавшимися без причины, хронически (Таблица 2).

По результатам второго тестирования выяснилось, как недостаток сна влияет на качество учебы студентов:

- Ухудшается память - это составило 17,4 % (11 чел.)
- Ухудшается мышление – 23,8 % (15 чел.)
- Снижается концентрация и объем внимания – 35,3 % (21 чел.)
- 25,3 % (16 чел.) студентов отмечают, что снижается быстрота психомоторных реакций (Таблица 4).

Выяснилось, что нарушение сна больше среди студентов 5 курса. Это

связано с еще большими учебными нагрузками (уменьшается длительность сна) и стрессовыми состояниями перед выпускными экзаменами.

Наиболее часто встречающиеся нарушения сна среди студентов:

1. Снохождение и сноговорение (сомнамбулия, сомнилоквия – это речевая активность во время сна) -26 чел-1 курс и 6 чел-5 курс.
2. Устрашающие сновидения- 37 чел-1 курс и 5 чел-5 курс.
3. Инверсия сна - это патологическое состояние, заключающееся в перемещении периода активного бодрствования и продуктивной деятельности с дневного времени суток на вечернее или ночное - одинаково на 1 и 5 курсах.

Таким образом, исследование проблемы показало, что сон - действительно важное и необходимое условие жизни. Систематическое нарушение режима сна приводит к снижению работоспособности, повышенной утомляемости, раздражительности, нарушению нервной системы, но правильное, продуманное корректирование и контроль времени сна, может помочь избежать столь тяжелых последствий.

Обратите внимание на следующие рекомендации для профилактики нарушения сна:

На уровне колледжа:

1. «Продленка»- для студентов 1 курса с тяжелой адаптацией. После уроков воспитатель, в назначенное время по графику, собирает всех желающих студентов и занимается с ними в учебном кабинете (совместное выполнение домашнего задания) в течение первого полугодия.
2. Установить начало учебного дня с 9:00. Это увеличит продолжительность сна еще на один час.
3. Ввести в штатное расписание должность ночного воспитателя, который бы следил за порядком в общежитии в ночное время суток.
4. Провести Wi-Fi в учебную комнату колледжа и установить график посещения. (Так студенты смогут свободно находить нужную им информацию в сети интернет, плюс, это увеличит скорость выполнения домашнего задания и, следовательно, останется больше времени на сон)

На уровне студентов:

1. Соблюдение правильного режима дня.
2. Уменьшение общения с негативно влияющими однокурсниками.
3. Выполнение домашних заданий без отвлечения на посторонние раздражители (прослушивание музыки в наушниках, попутный просмотр любимого сериала и т.д.).
4. Максимальная концентрация на уроках и во время учебного процесса.
5. Засыпание в одно и то же время, в удобной позе и в комфортной постели.
6. Перед сном проведение небольших прогулок на свежем воздухе и проветривание комнаты.

Литература

1. Каплан Г.И.,Сэдок Б.Д // Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994. Т.2, гл. 15, с. 528-559.

2. Прокопенко Л.А., Черцова А.И. Причины недосыпа студентов и способы борьбы с ним // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 4-6, с. 1220-1223.
3. Каплан Г.И. Сон и нарушения сна // Медицина и человек. Сон и его расстройства Гл. 5, с.536-548.

Таблица 1

Вопрос	Варианты ответов		
В котором часу ты ложишься спать?	до 23.00	до 01.00-02.00	после 03.00
Сколько часов ты спишь?	2-4 часа	4-6 часа	более 6 часов
Хочется ли тебе спать днем?	да	нет	иногда
Бывает ли у тебя бессонница?	да	нет	иногда
Отмечались ли за вами снохождение и сноговорение?	да	нет	иногда
Просыпаешься ли ты ночью?	да	нет	иногда
Как ты засыпаешь?	легко	ворочаюсь	не могу уснуть
Как ты просыпаешься?	легко	30 минут прихожу в себя	с трудом
Чем ты занимаешься за час до сна?	готовлю уроки	ем	смотрю фильм или слушаю музыку
Снятся ли вам кошмары?	да	нет	иногда

Таблица 2

Вопросы	1 курс			5 курс		
В котором часу ты ложишься спать?	8	9	23	1	8	14
Сколько часов ты спишь?	8	9	23	1	8	14
Хочется ли тебе спать днем?	21	12	7	19	3	1
Бывает ли у тебя бессонница?	11	16	13	3	18	2
Отмечались ли за вами снохождение и сноговорение?	19	14	7	4	17	2
Просыпаешься ли ты ночью?	4	26	10	2	15	6
Как ты засыпаешь?	28	3	9	1	16	6
Как ты просыпаешься?	8	10	22	1	7	15
Чем ты занимаешься за час до сна?	10	6	24	13	9	1
Снятся ли вам кошмары?	29	3	8	2	18	3

Таблица 3

Вопрос	Варианты ответов		
Ухудшается память	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Ухудшается мышление	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Снижается концентрация и объем внимания	Да	Нет	Затрудняюсь ответить

Снижается быстрота психомоторных реакций	Да	Нет	Затрудняюсь ответить

Таблица 4

Вопросы	1 курс			5 курс		
Ухудшается память	6	1	1	2	0	1
Ухудшается мышление	5	1	3	3	1	2
Снижается концентрация и объем внимания	10	2	2	6	0	1
Снижается быстрота психомоторных реакций	3	0	6	2	1	4

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ФИЗИКИ

Гатилова Е.А.,
студентка 1 курса
научный руководитель
Баязитов И.С. ,
преподаватель
ГАПОУ «Казанский медицинский колледж»

У студентов на базе неполной средней школы бытует мнение, что физика — это чисто «техническая» наука и что к медицине она никакого отношения не имеет, поэтому часто приходится нас убеждать в том, что знания физики, её законов необходимы будущим медицинским работникам. Нам кажется, что значение физики для медицины, обусловливается тремя обстоятельствами:

1. Физика создает основу для правильного понимания биологических процессов.
2. Она является теоретической базой современной медицинской техники.
3. Вооружает знанием физических методов клинической диагностики и лечения, а также исследования сложных биологических систем.

Развитие медицины, совершенствование методов биологических исследований непосредственно опирается на достижения физики.

Процессы, происходящие в живом организме, составляют биологическую форму движения материи. По своей природе биологические явления неизмеримо более сложны, чем физические. Нельзя, например, объяснить рост организмов, эволюцию живого, наследственность только законами физики. Однако нельзя объяснить многие биологические явления, не опираясь на законы физики. Биологическая форма движения материи как более сложная включает в себя более простые формы движения — физическую и химическую, но полностью ими не исчерпывается. Поэтому

знание физических и химических законов совершенно необходимо для понимания глубоких и сложных процессов, протекающих в живом организме, в том числе и в человеческом, изучением которого занимается медицина.

Изучение физики в медицинских колледжах должно удовлетворять двум главным требованиям: давать студентам знания в объеме программ средних специальных учебных заведений и готовить студентов к сознательному восприятию, общемедицинских и клинических дисциплин. В связи с этим преподавание физики должно иметь четкую профилирующую направленность.

Существует несколько аспектов профессиональной направленности преподавания физики в медицинских колледжах:

-изучение первичного воздействия на организм человека различных физических факторов — тепла, холода, электрического тока, звука, ионизирующих излучений и различных механических воздействий;

-изучение физических основ физиотерапевтических методов лечения;

-изучение физических методов диагностики заболеваний и исследования сложных биологических систем;

-изучение физических процессов в организме человека; знакомство с устройством и принципом действия приборов и установок, используемых для лечебных и диагностических целей;

-решение задач по физике с медико-биологической тематикой; проведение вечеров и тематических конкурсов профессиональной направленности.

Всё перечисленное даёт преподавателю физики широкие возможности для творческой деятельности.

Изучая общую физику, мы знакомимся примерами применения данного материала в медицине. Первым медицинским физиком был Леонардо да Винчи (пять столетий назад), который проводил исследования механики передвижения человеческого тела. В разделах «Молекулярной физики и основы термодинамики», преподаватель нам рассказывает об устройстве медицинского термометра, о теплопроводности тканей организма человека, физических основах теплолечения. Мы узнаём о зависимости температуры кипения от внешнего давления, которая используется в медицине для стерилизации инструментов, белья, медикаментов и др. Рассматривая твёрдые тела и их свойства, говорим о деформации тканей, возникающих при переломах, вывихах. Под действием силы тяжести груза ткани подвергаются деформации растяжения, что способствует сращению переломов. Наиболее плодотворно медицина и физика стали взаимодействовать с конца XVIII – начала XIX вв., когда были открыты электричество и электромагнитные волны, т. е. с наступлением эры электричества. Тема: «Электрический ток и законы тока» помогают выяснить действие постоянного тока на организм человека, рассмотреть применение электролиза в медицине. Зная законы физики можно понять, как происходят многие процессы в живом организме, а именно в организме человека. Изучение электрических явлений дало

возможность создать приборы, объективно регистрирующие работу сердца, клеток головного мозга и различных групп мышц. А чтобы понять каким образом генерируется электричество в живых клетках, необходимо, прежде всего, знать общую физику, которая в применении к живому приобретает некие особенности. В разделе «Звуковые волны» знакомлю студентов с физическими основами слуха, рассматриваем строение уха, механизм передачи звуков во внутреннее ухо, звуковыми методами диагностики, такими как аускультация, перкуссия и ультразвуковая диагностика. В диагностике заболеваний широко применяются рентгеновские лучи для определения изменений в костях и мягких тканях, для исследования строения функций органов и систем. Об этом многие студенты знают, но о том, что 8 ноября 1895 года немецкий физик Вильгельм Рентген открыл лучи, которые, в последствие, были названы его именем, знают не все. Конец XIX – середина XX вв. связаны с открытием радиоактивности, теорий строения атома, электромагнитных излучений. Эти открытия связаны с именами А. Беккереля, М. Складовской - Кюри, Д. Томсона, М. Планка, Н. Бора, А. Эйнштейна, Э. Резерфорда. Явление радиоактивности широко применяется в медицине для лечения злокачественной опухоли. Выполнение учебных проектов и рефератов по указанным темам составляет основу теоретических исследований в учебной деятельности студентов.

Для глубокого понимания взаимопроникновения физики и медицины, большое значение, на наш взгляд, имеют правильно подобранные задачи.

Задачи по физике в настоящее время классифицируются по целому ряду признаков: физическому содержанию, тематике, сложности, различным способам решения и т. д. Физическое содержание обусловливается теми физическими явлениями и закономерностями, которые описываются в задаче или используются для ее решения. В зависимости от тематики различают абстрактные, технические, лабораторные, природные, исторические и бытовые физические задачи с медико-биологической тематикой. Приведем несколько примеров.

1. Двуглавая мышца прикреплена к лучевой кости в точке, находящейся на расстоянии 3 см от локтевого сустава. Груз массой 2 кг находится на ладони руки на расстоянии 30 см от локтевого сустава. Какую силу развивает двуглавая мышца, если лучевая кость находится в горизонтальном положении?

2. Через сухожилие с поверхностью 3 $см^2$ за два часа проходит 2,6 Дж теплоты при разности температур 2°С. Определите коэффициент теплопроводности сухожилия, если его толщина 15 мм.

3. Закись азота находится в баллоне емкостью 41,5 л при температуре 7°С и Давлении 30 МПа. Какое количество закиси азота взяли из баллона для приготовления наркозной смеси, если давление в баллоне уменьшилось до 10 МПа?

Наличие в задаче сведений из медицинских наук и медицинской терминологии еще недостаточно для того, чтобы классифицировать такую задачу, как медико-биологическую. Физическое содержание задачи

определяется не ее тематикой, а теми физическими явлениями и закономерностями, которые рассматриваются и используются для ее решения. Задачи могут быть различными по тематике, но одинаковыми по своему физическому смыслу. Например:

1. Чему равно удлинение стального стержня длиной 5 м, имеющего площадь сечения 0,8 $см^2$, под действием груза 2 кН?

2. Чему равно удлинение мышцы длиной 6 см и поперечным сечением 8 $мм^2$ под действием груза 5 Н?

Первая задача имеет четко выраженную техническую направленность, а вторая составлена на медико-биологическом материале. Тематика этих двух задач, таким образом, различна, но их физическое содержание одинаково, поскольку в обеих задачах рассматриваются одинаковые физические явления (деформация растяжения) и для их решения используется один и тот же закон (закон Гука). В дидактическом отношении обе задачи совершенно равноценны, но их педагогическая эффективность в условиях медицинского колледжа, безусловно, различна.

Задачи по физике с медико-биологической тематикой имеют исключительную педагогическую ценность: они вызывают интерес студентов к физике и дают им первые представления о некоторых элементах устройства многих медицинских приборов и аппаратов, позволяют ознакомить с важнейшими физико-техническими параметрами этих приборов и ввести новую для них терминологию.

Характерной в этом отношении является следующая задача.

В аппарате для дарсонвализации имеется катушка, намотанная медной лентой с поперечным сечением 1,7 $см^2$ на каркас в рост человека. Какое количество меди надо на изготовление такой катушки, если сопротивление постоянному току равно $4,5 \cdot 10^{-3}$ Ом?

В процессе решения задачи мы впервые знакомимся с новым для нас термином «дарсонвализация». При дарсонвализации больного помещают внутрь катушки размером в рост человека. Не вдаваясь в подробности этого метода лечения, узнаём, что в настоящее время для лечения многих заболеваний успешно используются постоянные и переменные токи. Словарный запас студентов пополняется новым медицинским термином, и в то же самое время мы оперируем физическими величинами и находим связи между ними. Такого типа задачи имеется во многих сборниках, но в них она формулируется слишком абстрактно: определите массу медного провода длиной 1 км и сопротивлением 1,2 Ом. Эти две задачи совершенно одинаковы по своему физическому смыслу, но первый вариант дает конкретный пример использования основных законов постоянного тока в лечебной практике, что полностью соответствует целям общеобразовательной и специальной подготовки студентов медицинского колледжа.

Рассмотрим еще один пример. При гальванизации сила тока не должна превышать 50 мА. Какой площади электрод следует взять, чтобы обеспечить плотность тока 1,5 $А/м^2$?

Эта задача для студентов медицинского колледжа представляет профессиональный интерес; решая ее, мы впервые узнаём о методе лечения постоянным током, усваиваем новый для них термин «гальванизация» и знакомимся с важным параметром (50 мА) этого метода лечения.

Решение физических задач с медико-биологическим содержанием развивает клиническое мышление студентов медицинского колледжа. В этом отношении особенно велика роль, так называемых качественных задач. Приведем несколько примеров.

1. У первого больного начинается острый воспалительный процесс, наблюдается усиленная гиперемия кожи, образуются отеки. У второго больного острый воспалительный процесс закончился и начинается отток патологических продуктов из раны. Какую процедуру - тепло или холод - следует назначить этим больным?

2. Медицинская грелка представляет собой резиновый мешок, который наполняется горячей водой. Почему грелки не наполняются воздухом?

3. В лечебной практике известны случаи, когда капля воды при температуре 60 °С, попав на кожу больного, вызывает ожог. Такой же массы капля парафина при той же самой температуре ожога не вызывает. Почему?

4. При гальванизации на тело больного накладываются два электрода, причем площадь первого в 2 раза больше, чем площадь второго. Одинаковы ли сила и плотность тока, проходящего через оба электрода?

Для правильного решения первой задачи надо, чтобы студенты хорошо знали влияние высоких и низких температур на течение физиологических процессов в организме человека и умели применять эти знания в конкретной ситуации. При решении других задач требуются знания тепловых: свойств (теплопроводности и удельной теплоемкости) веществ, используемых в медицине в качестве теплолечебных сред, и законов постоянного тока.

Путем решения качественных, имеющих профессиональную направленность задач студенты на многих конкретных примерах убеждаются, что физические закономерности непосредственно используются для лечебных и диагностических целей, и этот факт повышает интерес к изучению физики, заставляет более сознательно и ответственно относиться к изучению предмета.

Систематическое решение такого рода задач позволяет студентам более осознанно подойти к восприятию многих фактов из общемедицинских и клинических дисциплин.

Система физических задач с медико-биологической тематикой позволяет постепенно и ненавязчиво в ходе обучения искоренить предрассудок о том, физика — это «техническая» наука и в конечном счете сформировать у студентов убеждение, что в настоящее время физика составляет теоретический фундамент всех медицин-ских специальностей в такой же мере, как химия и биология.

Задачи с медико-биологической тематикой могут использоваться и как тренировочные, например, для отработки навыков преобразования кратных и дольных единиц:

1. Каждый сердечный цикл длится примерно 0,8 с. Выразите продолжительность сердечного цикла в миллисекундах.

2. Диаметр эритроцитов у человека равен 7,5 мкм. Выразите диаметр эритроцитов в метрах и сантиметрах.

3. Общая площадь тела человека примерно равна 2 $м^2$. Выразите площадь тела человека в $см^2$.

4. После глубокого вдоха человек может выдохнуть 3500 мл воздуха (средняя жизненная емкость легких). Выразите жизненную емкость легких в $мм^3$, в л, в $м^3$.

К профилирующим задачам относятся так называемые естественные задачи, отражающие проявление физических закономерностей в живой природе. Такие задачи имеют не только общеобразовательную ценность, но и дают возможность на конкретном материале осуществлять связь физики с биологией.

Задачи с медико-биологической тематикой в зависимости от способа решения могут быть качественными, вычислительными и экспериментальными и все они требуют от студента исследовательской деятельности.

Решение профилирующих задач дает возможность преодолеть элементы формализма в знаниях студентов, и в этом заключается их несомненная педагогическая ценность.

Учитывая профиль медицинского колледжа, курс физики позволяет довести изучение каждой группы физических явлений — механических, тепловых, электромагнитных, оптических и внутриядерных до их практического применения в медицине. В этих условиях изучение физики, и связанных с нею специальных дисциплин, превращается в единый, не разорванный во времени процесс, обеспечивающий, с одной стороны, более прочное и осознанное усвоение основных физических понятий, а с другой — позволяет наиболее эффективным образом использовать знание основ физической науки при изучении специальных дисциплин.

Литература

1. Бережнова Е. В. Основы учебно-исследовательской деятельности студентов: учебник для студентов средн. учебн. заведений / Е. В. Бережнов, В. В. Краевский. – 3-е изд., стер. – М.: Академия, 2007. – 128 с.
2. Егорова Т.А. Развитие исследовательских способностей старших дошкольников. Автореф. дисс. канд. психол. н. М., 2006, с.5.
3. Захаров А., Захаров Т. Как написать и защитить диссертацию. – СПб.: Питер, 2003. – 157 с.
4. Кузнецов И. Н. Рефераты, курсовые и дипломные работы. Методика подготовки и оформления: учебно-методическое пособие. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2009. – 340 с.
5. Обухов А.С. Исследовательская позиция и исследовательская деятельность: что и как развивать? // Исследовательская работа

школьников. 2003. №4. С. 18-23.
6. Поддьяков А.Н. Исследовательское поведение, интеллект и творчество // Исследовательская работа школьников. 2002. №2. С. 29-42Медведев Э. Н. Основы научных исследований: учебное пособие. – Макеевка: НОРД-пресс, 2006. – 250 с.
7. Радаев В. В. Как организовать и представить исследовательский проект: 75 простых правил. – М.: ГУВШЭ: ИНФРА-М, 2001. – 203 с.
8. Савенков А.И. Исследовательское обучение и проектирование в современном образовании // Исследовательская работа школьников. 2004. №1. С. 22-32.

ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Гордейченко К.В.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Томленова Е.Н.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «БМК», г.Балаково

Ожирение в педиатрической практике остается серьезной международной медицинской проблемой, оно присутствует у примерно 17% детей и подростков, что ставит под угрозу их здоровье во взрослом возрасте и грядущее долголетие. В настоящее время ожирение признано новой хронической неинфекционной «эпидемией». Во всем мире отмечается катастрофически быстрое увеличение числа лиц, страдающих ожирением, не только среди взрослого населения, но и среди детей. В России, по данным литературы (Дедов И.И., 2006; Вернигорова Н.В., 2012; Малиевский О.А., 2013), с 2006 по 2017 годы количество подростков, страдающих ожирением, возросло более чем в 1,5 раза.

Несомненно, хорошие новости, которые появились за истекшее время, заключаются в том, что частота детского ожирения в целом стабилизировалась. Тем не менеЕ, не может не тревожить, что появилось новое определение «экстремального ожирения», поскольку распространенность таких пациентов продолжает расти. Проблема детского ожирения в настоящее время стоит очень остро, и справиться с ней силами лишь педиатров - невозможно, следует привлекать СМИ и политические регуляторы, лучше информировать родителей в этом вопросе. За последние 30 лет распространенность детского ожирения по данным Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC), возросла более чем в два раза у детей, и в четыре раза возросла у подростков.

Многочисленные исследования говорят о вреде детского ожирения, его пагубном влиянии на здоровье ребенка, в том числе - об увеличении риска преждевременной смерти и ряда заболеваний во взрослом возрасте. Все это подталкивает врачей и медицинских ученых искать пути решения этой проблемы, прежде всего - путем диетических коррекций и изменения образа

жизни детей. Однако, все эти меры не принесут никакого эффекта, если родители не осознают остроту проблемы, отрицают наличие избыточного веса у своего ребенка и не знакомы с официальными границами избытка веса и ожирения. Если родители не в состоянии точно классифицировать вес собственного ребенка, они могут быть недостаточно мотивированы на внесение изменений в его быт и питание, которые способствовали бы поддержанию здорового веса тела. По данным NCMP (Национальной программы детских измерений NationalChildMeasurementProgramme, NCMP), примерно один из пяти детей в возрасте 4-5 лет страдает ожирением, а в возрасте 10-11 лет эта цифра возрастает, и ожирение встречается почти у каждого третьего ребенка.

В подавляющем большинстве случаев родители соглашались с тем, что у их ребенка есть ожирение - только когда ожирение достигало выраженной степени. Необходимо предпринять меры, которые бы сократили огромный разрыв между современными представлениями о детском ожирении медицинских профессионалов и представлениями родителей. Родители должны четко понимать, где проходит граница нормы, а также осознавать все риски для здоровья ребенка, которые таит в себе детское ожирение. Это необходимо, прежде всего, для создания мотивации к исправлению детской диеты и увеличению физической активности ребенка.

Целью работы является изучение проблемы ожирения у детей и подростков.

Предмет исследования: осведомленность детей и подростков об ожирении и его влиянии на здоровье.

Задачи исследования: Изучить современный теоретический материал по теме курсовой работы. Сделать выводы по теоретической части. Провести практическое исследование по теме курсовой работы: разработать анкету и провести исследование. Сделать выводы по практической части. Разработать материал для проведения санитарно-просветительной работы с подростками – школьниками. Сделать общие выводы по курсовой работе.

Ожирение – это гетерогенная группа наследственных и приобретенных заболеваний, связанных с избыточным накоплением жировой ткани в организме (В.А. Петеркова, О.В. Васюкова, 2013). В последние десятилетия избыточная масса тела и ожирение стали одной из важнейших проблем для жителей большинства стран мира. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более миллиарда человек на планете имеют лишний вес, зарегистрировано более 300 млн. больных ожирением. При этом 30 млн. детей и подростков характеризуются наличием избыточной массы тела и 15 млн. имеют ожирение («HealthintheEuropeanUnion.Trendsandanalysis»ВОЗ, 2009). Нарастание числа детей с ожирением и избыточной массой тела происходит также и в России. По данным эпидемиологических исследований, в Российской Федерации распространенность избыточной массы тела у детей в разных регионах России колеблется от 5,5 до 11,8%, а ожирением страдают около 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и 8,5% детей — в городской [Петеркова В.А. и соавт., 2017]. Детское

ожирение влечет за собой как краткосрочные, так и долгосрочные неблагоприятные последствия для физического и психосоциального здоровья, и во многом является фактором риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, ортопедических проблем и психических расстройств.

Вследствие сложности прямого определения количества жировой ткани в организме, наиболее информативным является определение индекса массы тела (ИМТ), который рассчитывается как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста человека, выраженному в метрах. Доказано, что ИМТ коррелирует с количеством жировой ткани в организме как у взрослых, так и у детей.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у взрослых нормальной массе тела соответствует ИМТ 18,5—24,9 , ИМТ 25—29,9 — избыточному весу, а ожирение диагностируется при ИМТ выше 30.

Критерии избыточной массы тела и ожирения у детей определяются по данным перцентильных таблиц или стандарных отклонений ИМТ (SDS — standarddeviationscore). В них учитывается не только рост, вес, но также пол и возраст ребенка. Это связано с тем, что значение ИМТ у детей меняется с развитием ребенка: от высокого в первый год жизни, сниженного в период раннего детства (2—5 лет) и постепенно увеличивающегося в период полового развития, что в целом отражает динамику жировой ткани. На сайте ВОЗ представлены новые нормативные значения роста и веса для детей в виде таблиц и кривых как для возрастной группы от 0 до 5-ти лет так и для детей 5-18 лет.

По степени ожирения:

SDS ИМТ 2.0 – 2.5— I степень, SDS ИМТ 2.6 – 3.0 —II степень, SDS ИМТ 3.1 – 3.9 —III степень, SDS ИМТ ≥ 4.0 —морбидное.

Пять факторов риска в раннем детстве, которые достоверно связаны с развитие детского ожирения: изначальное ожирение у матери; чрезмерный набор веса во время беременности; курение матери во время беременности; низкий уровень витамина D у матери во время беременности; непродолжительное грудное вскармливание младенца (менее 1 месяца после рождения).

Основу терапии ожирения составляет комплекс мероприятий, включающих коррекцию пищевого поведения, диетотерапию и адекватную физическую нагрузку - ***мотивационное обучение с привлечением родителей и семьи.***

Школа ожирения

Недавние метаанализы показали, что клинические меры, основанные на программах, направленных на изменение образа жизни, позволяют уменьшить величину индекса массы тела (ИМТ), оцениваемую в педиатрической практике в стандартных отклонениях (SDS), не более, чем на на 0,03-0,05 SDSИМТв течение примерно 1 года наблюдения (Кохрановская база данных).

Диетотерапия – стол №8 по Певзнеру.

Физическая нагрузка. Согласно рекомендациям ВОЗ, адекватная физическая активность (ФА) для детей и подростков в возрасте 5-17 лет подразумевает, ежедневные занятия продолжительностью не менее 60 минут в день. Физическая активность свыше 60 минут в день дает дополнительные преимущества для здоровья. Для снижения веса большая часть ежедневных занятий ФА должна быть посвящена аэробике. Под ФА следует понимать игры, состязания, занятия спортом, поездки, оздоровительные мероприятия, физкультуру или плановые упражнения в рамках семьи, школы и своего района (“Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья”, ВОЗ, 2010 г).

Исследования последних лет показывают, что мероприятия, направленные на изменение образа жизни, включающие мотивационное обучение пациентов и их родителей, медикаментозную терапию с целью снижения ожирения у детей и подростков, имеют краткосрочную эффективность. В связи с этим, лечение ожирения у детей и подростков должно быть длительным.

Критерии эффективности проводимой терапии ожирения у детей и подростков:

- Краткосрочные цели: удержание значения ИМТ в течение 6-12 месяцев наблюдения.
- Долгосрочные цели: уменьшение величины ИМТ, достижение “избыточной массы тела” и “нормальной массы тела”.

Профилактика ожирения

1. Выявление детей с ИМТ более 1,0 SDS в возрасте 2 – 9 лет.
2. Обучение родителей вместе с детьми.
3. Грудное вскармливание/ обучение беременных.
4. Занятия по питанию и физической активности в школе.

Значительное внимание уделяется профилактике ожирения, поскольку достичь эффективных и стойких результатов с помощью изменения образа жизни, когда ожирение уже существует, затруднительно. При этом образ жизни ребенка считается ключом и к лечению, и к профилактике ожирения.

Стратегия коррекции образа жизни должна быть комплексной и направляться не только на самого ребенка или подростка, но и на его семью, а также на его образовательное и социальное окружение.

Проблемы родителей, недооценивающих факт избыточной массы тела. Пациент и члены его семьи должны иметь высокую мотивацию к снижению массы тела и серьезно осознавать необходимость соблюдения долгосрочных ограничений. Последние исследования показывают, что многие родители не предполагают, что у их ребенка есть проблемы с лишним весом, до тех пор, пока не разовьется критическое ожирение. Это указывает на необходимость дополнительного планомерного информирования родителей об официальных весовых нормах, границах ожирения и рисках для здоровья, которое таит в себе детское ожирение.

Выводы к теоретической части:

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более миллиарда человек на планете имеют лишний вес, в 2014 году зарегистрировано более 500 млн. больных ожирением. При этом 30 млн. детей и подростков Европейского региона характеризуются наличием избыточной массы тела и 15 млн. имеют. По оценке ВОЗ, существующие тенденции могут обусловить наличие ожирения у 70 млн. детей до 5 лет к 2025 году.

Значение ИМТ у детей меняется с развитием ребенка: от высокого в первый год жизни, сниженного в период раннего детства (2—5 лет) и постепенно увеличивающегося в период полового развития, что в целом отражает динамику жировой ткани. Наблюдение детей дошкольного и младшего школьного возраста с избыточной массой тела может проводиться как педиатром, так и детским эндокринологом. Самым важным компонентом такого наблюдения по-прежнему будет оценка динамики антропометрических показателей, SDS ИМТ, оценка образа жизни ребенка и подробная беседа с родителями.

Для профилактики ожирения у детей рекомендовано активное выявление избыточной массы тела в возрасте от 2 до 9 лет и регулярное мотивационное обучение с привлечением родителей и семьи.

Исследовательская часть

Практическое исследование нами начато с изучения статистических данных по болезням эндокринной системы, расстройствам питания и нарушениями обмена веществ среди детей г. Балаково.

По данным ГУЗ СО «Детская городская поликлиника» г. Балаково детское население составляет 37785 человек (36127 – ДГП), в т.ч. проживающих в городе – 34124 (33167 – ДГП), в ом числе 1792 детей первого года жизни.

Ранговая структура впервые выявленной заболеваемости при профосмотрах у детей 0-17 лет:

1 место – болезни эндокринной системы (E00-E90) – 1435-20,6%
2 место – болезни костно-мышечной системы (M00-M99) – 1339-19,3%
3 место – болезни глаз (H00-H59) – 1550-16,5%
4 место – врожденные аномалии (Q00-Q99) – 698-10%.

Таблица 1. Структура диспансерной группы детей в возрасте 0-14 лет (на 1000 населения)

	2016г		2017г		2018г		Темп роста	СО 2017г
	на 1000 нас.	уд.в.%	на 1000 нас.	уд.в.%	на 1000 нас.	уд.в.%		
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	28,8	5,9	25,6	6,0	18,7	4,7	**-26,8**	48,5

Таблица 2. Структура диспансерной группы детей в возрасте 15-17 лет (на 1000 населения)

	2016г		2017г		2018г		Темп роста	СО 2017г
	на 1000 нас.	уд.в.%	на 1000 нас.	уд.в.%	на 1000 нас.	уд.в.%		
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	80,4	10,3	78,7	10,8	75,3	10,8	**-4,4**	115,1

Вывод: Таким образом, в структуре диспансерной группы детей среди детей от 0-14 и подростков количество болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ остается на стабильно высоком уровне, но с тенденцией к снижению.

Для подтверждения теоретической части работы нами была разработана анкета для детей и подростков, https://www.survio.com/survey/d/U8J0A1S3H3Q4T1L4S, анкетирование проводилось в МАОУ СОШ №2, во время классного часа для 7А класса и среди студентов 1 курса ГАПОУ СО «БМК». Анкета состоит из 14 вопросов (приложение 1). В анкетировании приняло участие 43 человека. Данные анкетирования проанализированы и сделаны выводы.

Выводы к исследовательской части:

Во второй главе приведены данные проведённого анкетирования среди школьников и студентов 1 курса. В опросе приняли участие 43 человека. По результатам выявленных проблемных моментов и с целью предоставления информационной помощи нами была создана презентация: «Ожирение у детей и подростков» для санитарно-просветительной работы.

Пол участников анкетирования не равномерен, наибольшее количество принявших участие в опросе, девочки-67,4% (29), мальчики-32,6% (14).

Возраст детей прошедших опрос, составляет: 2,3%(1) 7-11лет; 14%(6) 12-15 лет; 83,7%(36) 16-17 лет. Из опрошенных 58,1%(25) следят за своим весом, 11,6%(5) не следят за своим весом, и 30,2%(13) иногда взвешиваются.

39,5%(17) детей и подростков считают, что у них есть превышение массы тела; 48,8%(21) - у них нет превышения массы тела; 11,6(5) затрудняются ответить на вопрос.

83,7%(36) знают, что к ожирению приводит, малоподвижный образ жизни, 76,7%(33) - нерациональное питание, 32,6%(14) – заболевания эндокринной системы, 41,9%(18) – генетические факторы, 32,6%(14) – стрессы, 34,9%(15) – вредные привычки. 93%(40) известно о том, что неправильное питание приводит к заболеваниям, и 7%(3) не знают об этом,

что говорит о необходимости доносить такие сведения до детей и подростков в любой возможной форме санитарно-просветительской работы.

81,4%(35) считают, что ожирение – это заболеванием, 4,7%(2) респондентов считают, что ожирение не заболевание, а 14%(6) детей затрудняются ответить на этот вопрос.

11,6%(5) принимают пищу один раз в день, 41,9%(18) – 2-3 раза в день, 18,6%(8) – 4-5 раз в день, 27,9%(12) как получится. Для нормального физического развития частота приема пищи должна соответствовать возрасту. Детям и подросткам школьного возраста – 4-5 раз в день. 37,2%(16) употребляют фрукты и овощи каждый день, 46,5%(20) фрукты и овощи употребляют 2-3 раза в неделю, и 16,3%(7) употребляют фрукты и овощи очень редко. 62,8%(27) употребляют сладкое и мучное каждый день, 37,2%(16) редко, не каждый день.

У 46,5%(20) опрошенных, родственники имели избыток массы тела или ожирение, у 37,2%(16) родственники не имели проблем с избытком массы тела, и 16,3%(7) затрудняются ответить на этот вопрос.

48,8% (21) постоянно занимаются физическими упражнениями, 46,5%(20) редко занимаются, и 4,7%(2) не занимаются. Физическая нагрузка детям и подросткам необходима для нормального роста и развития организма.

30,2%(13) соблюдают режим питания, 23,3%(10) соблюдают соответствие калорийности питания к энергетическим затратам организма, 16,3%(7) соблюдают соотношение белков, жиров и углеводов, 55,8%(24) не задумываются о том, как питаются. Большая часть респондентов при использовании формулы подсчета индекса массы тела имеют нормальные показатели**.**

Несмотря на неуклонный рост распространенности ожирения во всем мире, исследований на эту тему ранее практически не проводилось. Имеющиеся единичные публикации касаются малого количества детей. Медико-социальное значение проблемы ожирения определяется не только его растущей распространенностью, но и тяжестью осложнений. Детское ожирение влечет за собой как краткосрочные, так и долгосрочные неблагоприятные последствия для физического и психосоциального здоровья.

В настоящее время, хорошо известно, что глубокие нарушения метаболизма, возникающие при ожирении, закономерно ведут к развитию сердечно-сосудистой патологии, сахарному диабету 2 типа, болезням суставов, бесплодию, жировому гепатозу, гиперурикемии, злокачественным новообразованиям, болезням, сопровождающимся гипоксией. Истоки ожирения у взрослых в большинстве случаев берут свое начало в детстве. На сегодняшний день ожирение у детей и подростков часто диагностируется поздно, не выделяются группы риска по формированию ожирения. Недостаточно изучены предикторы заболевания, определяющие предрасположенность к развитию ожирения в будущем. В связи с этим особую актуальность приобретает изучение маркеров прогнозирования

ожирения в детском возрасте. Значительно разнятся данные о частоте встречаемости инсулинорезистентности у детей и подростков, страдающих ожирением. Все исследователи указывают на невысокую эффективность лечения ожирения в детском возрасте. Неудачи связывают с недостаточной мотивацией детей и родителей, отсутствием постоянной приверженности рекомендациям, недостаточным контролем. Медикаментозная терапия ожирения у детей и подростков ограничена. Малочисленны данные о применении патогенетической терапии метаболического синдрома в детском возрасте. Вышеизложенное обосновывает актуальность исследования распространенности, факторов риска развития ожирения, его клинико-лабораторных особенностей и возможных лечебно-профилактических мероприятий.

В Российской Федерации, по данным, приведенным В.А. Петерковой (2018), ожирение выявляется у 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и у 8,5% – в городской. По данным института питания, в России избыточная масса тела выявляется у 22% детей 1–2 года жизни. По данным Картелишева А.В., Румянцева А.Г., 2017 г., ежегодный прирост детей с ожирением в России составляет 1–3% .

Следовательно, избыточная масса тела у детей – актуальная и многогранная проблема, требующая пристального внимания, изучения и активных действий, направленных на ее устранение.

Литература

1. Ахмедова Р.М. Особенности терапии ожирения и метаболического синдрома у детей и подростков / Р.М. Ахмедова, Л.В. Софронова // Медицинский альманах. – 2015. – № 6 (19). – С. 189–192.
2. Ахмедова Р.М. Ожирение у детей: оценка качества жизни / Р.М. Ахмедова, Л.В. Софронова // Медицинский альманах. – 2012. – № 5(24). – С. 122–124.
3. Ахмедова Р.М. Лечение ожирения у детей и подростков / Р.М. Ахмедова, Л.В. Соф-ронова // Вопросы практической педиатрии. – 2015. – № 2 (10). – С. 51–63.
4. Ахмедова Р.М. Особенности пищевого поведения у подростков с ожирением / Р.М. Ахмедова, А.В. Быстрова // Материалы XVI конгресса педиатров России с международ-ным участием «Актуальные проблемы педиатрии». 24–27 февраля 2016. – Москва, 2016. – С. 42.
5. Кожевникова Ю.Ю. Особенности углеводного обмена у детей, страдающих ожирением и артериальной гипертензией. / Ю.Ю. Кожевникова, Р.М. Ахмедова, Л.В. Софронова // Мате- риалы Российской конференции с международным участием, посвященной 90-летию Пермской педиатрической школы «IV Пичугинские учения» 5-6 апреля 2012. Пермь, 2012. – С. 161–164.
6. Софронова Л.В. Ожирение и артериальная гипертензия / Л.В. Софронова, А.Н. Бия- нов, Р.М. Ахмедова // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 9 апреля 2014. Пермь, 2014. – С. 167–172.
7. Трефилов Р.Н. Особенности питания детей с ожирением в течение первого года жизни / Р.Н. Трефилов, Л.В. Софронова, Р.М.Ахмедова // Материалы

межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 9 апреля 2018. Пермь, 2018. – С. 115–118.

Приложение 1

Анкетирование

.**Ожирение детей и подростков**

1. Укажите Ваш пол?
   - Мужской
   - Женский
2. Укажите свой возраст?
   - 7-11 лет
   - 12-15 лет
   - 16-17 лет
3. Следите ли Вы за своим весом?
   - Да
   - Нет
   - Иногда взвешиваюсь
4. Считаете ли Вы, что у Вас есть превышение массы тела, по отношение к Вашему росту?
   - Да
   - Нет
   - Затрудняюсь ответить
5. Что по Вашему мнению, может привести к ожирению?
   - Малоподвижный образ жизни
   - Нерациональное питание
   - Заболевания эндокринной системы
   - Генетические факторы
   - Вредные привычки
6. Известно ли Вам, что неправильное питание приводит к заболеваниям?
   - Да
   - Нет
7. Как Вы считаете, является ли ожирение заболеванием?
   - Да
   - Нет
   - Затрудняюсь ответить
8. Сколько раз в сутки Вы принимаете пищу?
   - Один раз в день
   - 2-3 раза в день
   - 4-5 раз в день и более
   - Как получится
9. Как часто Вы употребляете в пищу фрукты и овощи?
   - Несколько раз в день
   - 2-3 раза в неделю
   - Очень редко
10. Как часто Вы употребляете энергетически насыщенную пищу (сладкое и мучное)?
    - Каждый день
    - Редко, не каждый день
11. Были ли у Ваших родственников избыток массы тела или ожирение?
    - Да
    - Нет
    - Затрудняюсь ответить
12. Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями?
    - Да, постоянно

- Редко
- Нет, не занимаюсь

13. Какие из правил здорового питания, Вы стараетесь соблюдать каждый день?

- Режим питания
- Соответствие калорийности питания, энергетическим затратам организма
- Правильное соотношение белков, жиров, углеводов
- Не задумываюсь о том, как я питаюсь

14. Используя формулу ИМТ = ВЕС / РОСТ2, попробуйте рассчитать индекс массы тела. Пример: (вес) = 80 кг, (рост) = 1,6 м, возводим метры в квадрат: 1,6 х 1,6 = 2,56, ИМТ =80 / 2,56 = 31,25

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Григорьева К.Р.
обучающаяся 1 курса,
научный руководитель
Громова Ю.В.,
преподаватель,
ГАПОУ РБ «СМК», г.Стерлитамак

Электромагнитные волны возникают в результате колебания электрических зарядов. Чем выше частота колебания, тем короче длина волны. Длина электромагнитных волн во много раз превышает длины волн инфракрасного и ультрафиолетового излучения, рентгеновских волн. Распространяются они со скоростью световых волн. Подобно звуковым волнам, они обладают резонирующим свойством, вызывая в одинаково настроенном колебательном контуре совпадающие колебания. Целью данной работы является изучение влияния электромагнитного излучения на здоровье человека.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучение различных источников информации.
2. Выявить степень опасности электромагнитных волн на здоровье человека.
3. Описать последствия воздействия электромагнитного излучения.
4. Выявить основные вредные факторы влияния электромагнитного излучения на организм человека.
5. Проведение опыта, анализ полученных результатов, выводы.

Объектом исследования является изучение влияния электромагнитного излучения на живые организмы. **Предметом исследования** яляется излучение. В ходе работы была выдвинута **гипотеза**: электромагнитное излучение оказывает отрицательное влияние на живые организмы. Для этого был проведен лабораторный опыт и проанализированы полученные данные.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что материал может быть использован для более глубокого понимания важности изучения данной дисциплины в курсе. Практическая значимость работы заключается в

том, что результаты исследования помогут более полно и четко сформировать знания о некоторых физических величинах и законах, изучаемых в курсе физики, а также насколько они применимы в жизни человека.

Сотни тысяч работников здравоохранения заняты во вредных и неблагоприятных условиях. В настоящее время в России насчитывается 3 193 193 медицинских работника, в том числе 626 458 врачей (19,6%) и 1 338 672 средних медицинских работников (41,9%). Младший медперсонал составляет 18,9 % от общего числа медицинских работников. Кроме того, в стране насчитывается 10 906 фармацевтов, 612 563 прочих сотрудников системы здравоохранения. Медицинские сестры входят в непосредственный контакт с неблагоприятными химическими факторами, такими как биологические жидкости, дезинфицирующие средства и находятся в неблагоприятных психологических условиях.

Одной из важнейших задач при создании безопасной больничной среды является определение, выявление и устранение различных факторов риска для медицинского персонала. В деятельности медицинской сестры можно выделить четыре группы профессиональных факторов, которые неблагоприятно действуют на состояние ее здоровья:

1) физические;
2) биологические;
3) психологические;
4) химические.

Физические факторы риска. К этим факторам относятся: физическое взаимодействие с пациентом; воздействие высоких и низких температур; действие различных видов излучений; нарушения правил эксплуатации электрооборудования.

Высокие дозы радиоактивного облучения смертельны. Небольшие дозы приводят к заболеваниям крови, возникновению опухолей (прежде всего костей и молочных желез), нарушению репродуктивной функции, развитию катаракты. Источниками излучения в ЛПУ являются рентгеновские аппараты, сканеры и приборы сцинтиграфии, ускорители (аппараты лучевой терапии) и электронные микроскопы. В медицине также широко используются препараты радиоактивных изотопов, применяемых для диагностики и лечения ряда заболеваний.

Среди физических факторов, которые могут существенно повлиять на состояние здоровья медицинского персонала, одно из первых мест занимает ионизирующее излучение. Небольшие дозы приводят к заболеваниям крови, возникновению опухолей (прежде всего костей и молочных желез), нарушению репродуктивной функции, развитию катаракты.

Чтобы защититься от вредных излучений, следует находиться на как можно дальнем расстоянии от их источников, носить индивидуальные средства защиты. При нахождении рядом с источником излучения все манипуляции нужно выполнять по возможности быстро. Оказывать физическую поддержку пациенту во время рентгенологического

исследования или лечения можно только в случае крайней необходимости. Беременность медицинской сестры является противопоказанием для подобного рода услуг.

Для наглядного подтверждения влияние электромагнитных волн на здоровье человека был проведен следующий опыт на растениях.

Цель опыта: изучение влияние электромагнитных волн на живые организмы.

Задачи: Проверить влияния свойств простой воды и воды, обработанной в СВЧ-печи на полив растений, найти отличия физических свойств облученной от обыкновенной воды.

Приборы, материалы: СВЧ-печь, семена редиса, вода, ртутный лабораторный термометр, 2 контейнера, электрочайник.

Ход исследования.

1. Сажаем семена редиса в контейнеры (использовали 1 упаковку на 2 контейнера).
2. Ставим контейнеры с семенами на хорошо освещаемое место.
3. Обозначим контейнеры №1 и №2.
4. Для полива будем использовать воду, нагретую 2 способами: электрочайником и СВЧ - печью. Нагреем воду до одинаковой температуры (50 градусов).
5. Охлаждаем в течение 3-4 часов до комнатной температуры.
6. Для измерения температуры используем ртутные термометры.
7. Поливаем контейнер №1 водой, нагретой в СВЧ - печи, а №2 - в электрочайнике.
8. Контейнеры постоянно меняем местами, поворачиваем на 360 градусов, чтобы исключить фактор различной освещенности.

При проведении опыта был обнаружен такой факт, что при поливе растений водой, которая прошла термообработку в микроволновой печи, в течение 9 дней растение погибает. Опытным путем доказано, что использование облученной в электромагнитном поле воды для полива растений негативно отражается на скорости их роста и развитии. Уменьшается потребление воды, потому что хуже работают капилляры почвы и в растениях. Даже избыточный полив производит впечатление недостаточности питательной среды для ростков.

Результаты данного опыта, конечно, далеки от категоричного вывода, что «при поливе растений водой, которая прошла термообработку в микроволновой печи, растение постепенно погибает». Однако негативное воздействие на растения при поливе такой водой можно считать доказанным фактом. Особенно настораживает тот факт, что при этом ухудшаются замечательные свойства воды как растворителя, питательной среды. Капиллярное давление – необходимое условие для жизни растений, доставки питательных веществ из почвы к растительным клеткам. Кровь человека и животных такой же растворитель, а кровеносные сосуды – капилляры, работа которых в значительной степени обусловлена способностью жидкой среды к смачиванию стенок капилляра. В конце концов, человек в целом на 70-80%

состоит из воды.

Литература

1. Гурский И.П. Элементарная физика. - М.: Наука, 2005.

2. Кольчугин Ю.И. К вопросу о санитарных нормах электромагнитного излучения в диапазоне 300...3000 МГц // Охрана труда и промышленная экология. – 1996. – № 9. – С. 20–23.

3. Профессиональные болезни: Учебник.- 3-е изд., перераб и доп.- М.: Медицина, 1996

4.Рыженков А.П. Физика. Человек. Окружающая среда. - М.: Просвещение, 2000

5. Физика. Большой энциклопедический словарь/Гл. ред. А. М. Прохоров. 4-е изд. -- М.: Большая Российская энциклопедия, 1999.

6. Экология и безопасность жизнедеятельности: учеб. пособие для вузов/ Д.А. Кривошеин, Л.А. Муравей, Н.Н. Роева и др.; Под ред. Л.А.Муравья. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002.

ЭНЕРГЕТИЧЕКИЕ НАПИТКИ – ВРЕД ИЛИ ЗДОРОВЬЕ?

Гутникова Н.Н.,
студентка 1 курса,
научный руководитель
Дрожжина Н.И.,
преподаватель ,
Бугурусланского филиала ГБПОУ «БМК».

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в моду вошли энергетические напитки.

Энергетически напитки (энергетики) – безалкогольные или слабоалкогольные напитки, в рекламной компании, которых делается акцент на их способность стимулировать центральную нервною систему человека и повышать работоспособность, а также на то, что они не дают человеку уснуть. Наше общество с ее повышенным ритмом и темпом жизни, ежедневными стрессам, нагрузками и перегрузками, пытается устранить и подавить хроническую усталость с помощью всевозможных стимуляторов: допингов, биодобавок, сомнительных витаминов и энергетических напитков. Энергетическими напитками пользуются старшеклассники и студенты в период подготовки к контрольным работам, зачетам и экзаменам, офисные работники, неуспевающие сдать работу в срок, тренеры по фитнесу, стремящиеся установить спортивные рекорды, уставшие водители и посетители ночных клубов… одним словом, все, кто устал, но должен чувствовать себя бодрым и полным энергии.

Энергетики получили широкое распространение в России с момента массового открытия ночных клубов, казино, дискотек. Люди становились жертвами рекламных роликов, заразительных примеров друзей, самовнушения и устоявшихся привычек. На сегодняшний день в среде подростков употребление энергетических напитков приобрело характер

массовый эпидемии. Но так ли полезны эти напитки? Все энергетики обладают бодрящим действием, это основное свойство, ради которого были изобретены эти напитки. Отношение к себе энергетики вызывают двоякое: восторженное – со стороны молодежи и скептическое – со стороны врачей. После употребления энергетиков сонливость и вялость пропадает, и можно активно работать или танцевать долгое время без устали. Естественно производители этих напитков утверждают, что влияние энергетиков на организм человека – только позитивное, и ни какого вреда организму они не приносят. К сожалению, этот вопрос до сих пор не утратил своей **актуальности,** а потому имеет смысл рассмотреть его.

***Гипотеза*:** Если употреблять энергетические напитки в большом количестве, то можно нанести вред своему организму.

В данной работе перед собой поставили цель:

теоретически обосновать и практически подтвердить, что энергетики оказывают негативное влияние на физиологические процессы организма.

Для достижения поставленной цели были выделены задачи:

1. Изучить состав энергетиков из сети интернет.
2. Провести опрос и анкетирование студентов первых и четвертых курсов медицинского колледжа, достигших 18- го возраста.
3. Провести эксперимент, доказывающий об изменении физиологического состояния человека.
4. Донести информацию до нынешней молодежи о вреде данной продукции.

Объект исследования: студенты медицинского колледжа, и студент, не являющийся учащимся нашего учреждения.

Предметом исследования: энергетические напитки магазинов нашего города.

Место исследования: Оренбургская область, г. Бугуруслан, Бугурусланский филиал ГБПОУ « Бузулукский медицинский колледж».

Методы исследования:

1. Обработка и анализ научных данных.
2. Проведение исследования.
3. Анкетирование и опрос студентов.
4. Измерение давления человека дои после употребления энергетика.

Практическая значимость исследования состоят в том, чтобы доказать нынешней молодежи о вреде энергетических напитков.

Теоретически было выяснено о негативном влиянии энергетических напитков на сердечно - сосудистую систему и нервную систему, рассмотрев ингредиенты входящие в состав: **гуарана** – это вечнозеленое растение (кустарник), относящее к семейству сапиндовых. В семенах гуараны содержатся смолы, дубильные вещества, а также до 5% кофеина, растения способны выводить их мышечных тканей молочную кислоту, уменьшая боль при физический нагрузках [4. с. 148].

Глюкуронолактон - это естественный метаболит глюкозы, который содержится в организме человека, выполняющий функцию важной

составляющей соединительной тканей [4. с. 87].

Кофеин - по своей природе является алкалоидом, содержится в листьях чая (примерно 2%), в семенах кофе (1-2%), в орехах кола. Согласно фармакологическим свойствам кофеина он является природным психостимулятором. Кофеин оказывает стимулирующее действие на психическое состояние, создает у организма ощущение прилив сил, при этом не позволяя осознавать всей степени усталости. Также кофеин повышает секрецию адреналина, запускает ряд обменных процессов, благодарят чему повышается умственная и физическая активность организма [4. с. 67].

L – карнитин – это аминокислота, вещество, которое можно назвать родственным по отношению к витаминам группы В, ощущается транспортирование длинноцепочечных жирных кислот в митохондрии через внутреннюю мембрану [3, с. 47].

Таурин - это аминокислота (содержащая), которая образуется в организме в ходе превращения цистеина (происходит накопление в мышечных тканях). Отсутствие таурина в течение длительного срока может повлечь возникновение множества проблем со здоровьем [2, с. 109].

Главным компонентом любого энергетического напитка – это кофеин. Примечательно, что в банке энергетического напитка объемом 0,33 литра содержится столько же кофеина, сколько в одной чашке (0,2 литра) крепкого кофе. При потреблении более одной банки энергетического напитка происходит превышение дневной нормы кофеина для взрослого человека. Кофеин обладает интересным свойство: сперва он приводит в возбуждение нервную систему человека, этот эффект действует в течение нескольких часов, после чего происходит переход нервной системы в состояние угнетения. Именно поэтому ощущения бодрости после потребления такого рода напитка сопровождается резким упадком сил. Энергетические напитки позволяют человеку воспользоваться резервами собственной энергии, при этом, не предоставляя ее извне, создается ситуация, когда человек истощает свои резервы, возникает риск для здоровья. Кофеин обладает рядом побочных действий: бессонница, повышение артериального давления, нарушение сердечного ритма, а также общее беспокойство, тревожность. При употреблении с алкоголем оказывается крайне негативное воздействие на сердечно - сосудистую систему [3].

Другим компонентом, который обладает двояким действием, является туарин. Туарин накапливается в мышечных тканях, улучшает обменные процессы в них, при этом он обладает противосудорожными свойствами. Интересным также является и тот факт, что передозировка таурином невозможна, поскольку организм без проблем выводит излишки аминокислот (к которым относится таурин). Но при потреблении в больших количествах данное вещество вызывает перевозбуждение нервной системы, ее истощение. В случаях, если таурин сочетается с алкоголем, его воздействие усиливается, что приводит к серьезным сбоям в работе сердечно – сосудистой и нервной систем. У таурина имеется список противопоказаний: таурин противопоказан для приема людям, обладающим язвенным поражением слизистой желудка,

страдающим заболеваниями печени или желчевыводящих путей, обладающим высокой нервной возбудимостью, а также употребляющим алкоголь [4]. Еще одним ключевым компонентом является глюкуронолактон. Существует мнение, что он обладает рядом положительных эффектов: действует как антидепрессант и стимулятор, оказывает позитивное действие на память и концентрацию. Интересным фактом является то, что изомер данного вещества используется при сахарном диабете, но в дозе, которая меньше, чем в энергетическом напитке, в 250-500 раз. Глюкуронолактон был разработан министерством обороны США в 60-х годах для стимуляции морального и боевого духа войск, однако это вещество обладало крайне разрушительными эффектами при употреблении: приводило к возникновению головных болей, опухолей мозга, заболеваний печени и другим. [4]. Энергетические напитки также содержат различные консерванты, стабилизаторы, красители и другие добавки, способные нанести вред организму человека.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ОБ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКАХ

Мы провели анкетирование студентов Бугурусланского филиала ГБПОУ «Бузулукский медецинский колледж» с целью изучения их информирования об энергетических напитках. В анкетировании приняли участие 30 человек: 15 человек – студенты 1 курса отделение « Лечебное дело», достигшие 18 лет, 15 – студенты 4 курса отделение « Сестринское дело», достигшие 18 лет.

Анкета была анонимной и состояла из 8 вопросов. По результатам анкетирования выявлено, что 93% опрошенных людей знают о существовании энергетических напитков, и 7% - нет. На вопрос « Пробовали вы энергетические напитки?» ответили положительно 60% анкетируемых, 40% утверждают, что не пробовали. Также было выявлено, что 39% опрошенных студентов часто употребляют подобные напитки , 57% пьют их довольно редко, 4% не употребляют энергетики. На вопрос «С какой целью Вы употребляете энергетические напитки?» 41% студентов ответили, что употребляют напитки с целью получения энергии, 50% - отдают почтение моде, современности и поддаются рекламе, 9% отдают предпочтение вкусу. Мы выяснили, что 91% ничего не знают о составе напитков, которые употребляют, а 9% имеют представления. Также, 94% студентов знают о вреде напитков, а 6% - нет. Опрошенным известны энергетические напитки со следующими названиями: «AdrenalineRush» - 64%, «Burn» - 16%,«RedBull»- 10%, другое – 10%. На вопрос « Как Вы думаете, влияют ли энергетические напитки на системы органов организма?» мы получили, следующие данные: нервная система – 40%, сердечно-сосудистая система - 40% , органы пищеварения – 20%.

По данным опроса можно сделать вывод, что большинство студентов колледжа знакомы с энергетическими напитками, употребляют эти напитки, но цель их не только получение энергии, но и дань моде и влияние рекламы на человека. Также мы выяснили, что изучив состав данной продукции, студенты четвертого курса перестали употреблять.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Для достижения цели нашего исследования – изучить влияние энергетических напитков на организм человека – был проведен эксперимент.

Был измерен пульс и артериальное давление здорового человека до употребления напитка и измерения составили:

- Артериальное давление 122/64 мм.рт.ст.
- Пульс 75 ударов в минуту.

После употребления энергетика произошли изменения в физиологическом состояние человека:

- Артериальное давление 204/93 мм.рт.ст.
- Пульс 118 ударов в минуту.

Потребление энергетика приводит к резкому повышению артериального давления и процентного содержания сахара в крови. (15 минут)

Происходит увеличение частоты сокращений сердца. (15 минут)

Растет уровень концентрации внимания. (20 минут)

Пропадает ощущение сонливости, расширяются зрачки. Такая реакция объясняется повышением давления в крови, за счет этого печень выбрасывает большое количество сахара в кровоток . (30 минут)

Заканчивается бодрящий эффект кофеина, уровень сахара понижается, и вновь ощущается усталость, напиток начинает выводить из организма полезные элементы. Появляются головные боли, раздражительность, проблемы с желудочно- кишечным трактом. Полное отсутствие энергии (1 час).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Какой бы вы напиток ни предпочли, стоит понимать, что это всего лишь газированные аналоги чашки кофе. Энергетики могут нанести вред организму. Витамины и вещества, которые входят в состав энергетических напитков, можно найти в соках, фруктах и шоколаде. Подумайте, может, лучше выпить чашку крепкого и ароматического кофе с кусочком горького шоколада, чем травить свой организм энергетическими напитками? Для пропагандирования отрицательного воздействия энергетических напитков на организм человека мы разработали памятку, буклеты.

Считаю выбранную тему исследовательской работы очень актуальной и социально значимой, теоретически обосновали и практически подтвердили, что энергетики оказывают негативное влияние на физиологические процессы организма. Ведь самое дорогое, что есть у человека – это его жизнь. Мы – будущее нашей страны и от нас зависит ее процветание и здоровье будущих поколений!

Литература

1.Лозаренко А.А., Курганова Е.В., Жуков Р.С., Апарина М.В., Рыкова Н.Ф. ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКРВ НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ//Современные проблемы науки и образования.-2017.-№6.;URL:http://science-education.ru/ru/article/view?id=272020(дата обращения:

13.11.2019)
2.https://crossfit.ru/food/energetiki-sostav-i-posledstviya/
3.https://slimin/diet/8652/sostav-energetik/
4.https://otvet/mail.ru/question/17255500

ВИТАМИН Д И ЕГО РОЛЬ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Джангелдиева С.Х.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Томленова Е.Н.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «БМК», г.Балаково

Актуальность темы. Для нормального роста и развития новорожденного ребенка необходимо его полноценное питание. Материнское молоко содержит практически все витамины, минералы и другие вещества которые малыш получает при кормлении. Одним из важных витаминов для ребенка является витамин Д3, который необходим для укрепления организма и нормальной работы всех органов и систем. Основным его источником являются солнечные лучи: под действием ультрафиолетовых лучей на кожу, в организме начинает вырабатываться Д3. Новорожденные дети – одна из наиболее чувствительных групп населения по развитию дефицита витамина D. Обеспеченность плода и новорожденного витамином D напрямую зависит от содержания витамина D у матери. Концентрация витамина D в пуповинной крови ребенка составляет 50–80% уровня D в крови его матери, независимо от срока гестации. Поскольку дефицит витамина D широко распространен среди беременных, этим объясняется и высокий уровень дефицита витамина D у детей первого месяца жизни. Частота гиповитаминоза D и новорожденных варьирует в разных странах в зависимости от расы, образа жизни, времени года и приема витамина D во время беременности. В настоящее время единого мнения в отношении оптимального содержания витамина D в крови у новорожденных детей нет. По результатам исследования, проведенного в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, большинство детей, независимо от гестационного возраста, рождаются с недостаточным уровнем витамина D. Медианы значений витамина D в крови у детей на первой неделе жизни не достигали 15 нг/мл; у 85% новорожденных уровень был ниже 20 нг/мл, а у 1/3 детей – ниже 10 нг/мл У глубоко недоношенных новорожденных, обследование которых проводилось в течение всего года, был выявлен наиболее низкий уровень витамина D зимой и наиболее высокий – летом. Знания о витамине D за последние десятилетия существенно расширились. Результаты многочисленных исследований во всем мире показали, что роль витамина D в организме человека гораздо шире, чем это представлялось раньше. В настоящее время

витамин D рассматривается как стероидный гормон, выполняющий не только хорошо известные «классические» функции регуляции костного метаболизма и фосфорно-кальциевого гомеостаза, но и целый ряд «неклассических» биологических.

По современным представлениям недостаточность витамина D является одним из пусковых факторов развития рахита, остеопороза, миофасциальных дисфункций, артериальной гипертензии, застойной сердечной недостаточности, ИБС, сахарного диабета, системной красной волчанки, рака молочной железы, предстательной железы, кишечника. Новые знания о биологической роли витамина D способствуют активному обсуждению и пересмотру существующей оценки обеспеченности организма витамином D и норм среднесуточного потребления детьми разных возрастных групп.

Цель исследовательской работы: изучить роль витамина Д для новорожденного ребенка и осведомленность родителей о его важности для организма ребенка.

Задачи исследования:

1. Изучить современную медицинскую литературу по обеспеченности витамином Д и его роли для развития ребенка.

2.Провести практическое исследование, разработать анкету для родителей.

3.Сделать выводы по практической части.

4.Создать материал для санитарно-просветительной работы по теме исследования.

5. Сделать общие выводы по курсовой работе.

Роль витамина Д3 в развитии организма велика, он обеспечивает нормальный рост и развитие опорно-двигательного аппарата, благоприятно влияет на иммунитет, очень важен для усвоения и накопления кальция и фосфора в косной ткани и зубах, это делает их крепкими. В организме новорожденного витамина Д3 не много, особенно часто его дефицит отмечают в недоношенных детей. Это явление нужно отнести к небезопасным, ведь ребенок должен окрепнуть, у него начинается формирование иммунитета, развитие костей и тканей, а для этого нужен большой ресурс полезных витаминов и минералов.

Для того, чтобы эти важные процессы проходили нормально, детскому организму необходим витамин Д3. Кроме этого витамин благоприятно влияет на внешний вид и состояние кожи ребенка, ускоряет процесс ее обновления и восстановления. Уменьшает риск появления воспалительных процессов. При достаточном поступлении его в организм, нормально работает и развивается сердечно-сосудистая система и щитовидная железа.

Активность витамина D (холекальциферола) обнаружена более чем в 30 различных органах и тканях, в частности: в коже, мышечных волокнах, поджелудочной железе, органах репродуктивной и эндокринной систем, на клетках иммунной системы. Синтезируясь в неактивном состоянии, витамин D претерпевает ряд биохимических реакций, в результате которых образуется его активный метаболит, оказывающий все влияния на органы и

ткани. Свое воздействие на вышеперечисленные процессы витамин D оказывает на уровне генома. Известно, что холекальциферол, а точнее, его активная форма кальцитриол способен регулировать активность более чем 200 генов. В случае нехватки витамина Д3 в период новорожденности, уже на третьем месяце жизни у ребенка отмечают первые симптомы рахита. В результате, у ребенка отстает в развитии опорно-двигательный аппарат, могут появиться судороги, общая задержка в развитии. Также симптомами рахита могут быть: сильный зуд, потливость, плохой сон.

Причины дефицита витамина Д3 у новорожденных детей. Основной источник витамина для ребенка, это материнское грудное молоко. Но иногда случается, что и в организме мамы его не хватает, ведь во время беременности из материнского организма все витамины и полезные минералы идут на строительство организма ребенка. Природным источником витамина Д3 является солнце, а точнее, солнечные лучи. Но не всем родителям выпадает возможность устраивать ребенку в первые дни жизни солнечные ванны, вынося его на прогулку позагорать. Дети, рожденные в холодное время года, не могут позволить себе этого и именно они попадают в группу риска, связанную с дефицитом витамина Д3 в организме.

Факторы, предрасполагающие к дефициту витамина Д: дефицит витамина Д у матери; многоплодие; сниженная биодоступность витамина Д; синдром холестаза, распростаненный у незрелых детей, особенно на фоне парантерапльного питания; вскармливание исключительно грудным молоком без обогащения питания матери витамином Д (при его дефиците); вскармливание ребенка неадаптированными смесями; лекарственная терапия препаратами (например фенобарбитал), которые могут ухудшать метаболизам витамина Д.

Витамин Д3 в детских молочных смесях. Современные сухие молочные смеси или каши содержат в своем составе все, необходимые ребенку витамины и минералы. Это особенно важно знать мамам, которые не кормят ребенка грудью, а также при вводе прикорма, если молока не хватает. В случае, если ребенок питается молочной смесью, то никаких дополнительных витаминов ему давать не нужно. Сейчас почти во всех смесях содержится необходимое количество витаминов для полноценного развития ребенка, поэтому даже в случае искусственного кормления, младенец был полноценно обеспечен всем необходимым. При правильном расчете дозировок и регулярном кормлении малыш будет в достаточном количестве получать витамин Д3 и никакие дополнительные источники ему не понадобятся. В случае, когда кормление смешанное, ребенку дают и грудное молоко, и смесь, необходимо грамотно рассчитывать дозировку. В противном случае может развиться как дефицит, так и переизбыток витамина. Поэтому если у новорожденного появляются симптомы рахита, нужно посоветоваться с педиатром и он рассчитает нужную дозировку препарата витамина Д3.

Поскольку официальные препараты витамина D, имеющиеся в

Российской Федерации, содержат в 1 дозе (1 капле) около 500 ЕД, то профилактическая доза витамина D новорожденным составляет 1000 ЕД/сут и рекомендуется при снижении уровня 25(OH)D в крови менее 15–20 нг/мл, особенно в сочетании с клинически значимой гипокальциемией.

Давать ребенку витамин Д3 нужно максимально осторожно. Даже небольшой переизбыток его в организме может стать причиной серьезных патологических процессов. Нельзя принимать препараты, содержащие витамин Д3, если: в организме высокий уровень кальция; при почечных и печеночных заболеваниях; при туберкулезе; при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Если давать ребенку препарат в целях профилактики, нужно быть готовым к возможным передозировкам, поэтому новорожденного каждый месяц осматривает педиатр и может корректировать прием препарата. Также следует учитывать индивидуальные особенности организма ребенка и чувствительность к данному препарату, она у всех разная. Особенно это касается новорожденных, у них очень часто отмечается гиперчувствительность к витамину. У детей, которые на протяжении долгого времени принимают витамин Д, в несколько раз повышается риск развития задержки в росте. Для правильной профилактики гиповитаминоза, ребенку нужно обеспечить полноценное питание.

Пути решения проблемы дефицита витамина Д у детей: назначение адекватного питания ребенку; профилактическая дотация витамина Д; своевременная коррекция доз витамина Д, достаточная солнечная инсоляция ребенка.

Выводы к теоретической части:

Важной задачей отечественной педиатрии является изучение распространенности недостаточности витамина D у детей с целью разработки современных рекомендаций для врачей по ее предупреждению и лечению с учетом особенностей в нашей стране. Территория Российской Федерации с географической точки зрения является зоной сниженной инсоляции и относится к регионам мира, в которых риск формирования дефицита и недостаточности витамина D достаточно высок. Между южными и северными регионами нашей страны имеются значительные различия по продолжительности светового дня и холодного периода года, когда прогулки на свежем воздухе для детей раннего возраста ограничены, а иногда невозможны. За последние 50 лет в научной литературе опубликовано более 62 тысяч научных работ, посвященных витамину D. И если на ранних этапах изучали в основном его значение в кальциево-фосфорном обмене, то в настоящее время изучают его роль в функционировании всех органов и систем организма. Это объясняется тем, что получены неоспоримые доказательства — витамин D является прегормоном, рецепторы к которому есть практически в каждой клетке организма человека. В настоящее время доказано, что 30–50% населения имеет недостаточность витамина D. Доказано, что недостаточная обеспеченность витамином D может способствовать развитию целого ряда заболеваний, в том числе аутоиммунных, сердечно-сосудистых,

онкологических, эндокринных и даже нейродегенеративных.

Критерием оценки обеспеченности организма витамином D является показатель 25(OH)D в сыворотке крови. Большинство экспертов, изучающих влияние витамина D на обменные процессы в организме, сходятся в следующей интерпретации его уровня для населения Российской Федерации: дефицит 25(OH)D — <20 нг/мл; недостаточность — 21–29 нг/мл; норма — >30 нг/мл. На основании научных данных установлено, что избыточным считается уровень витамина D в крови выше 100–120 нг/мл. В целом в Российской Федерации только каждый третий ребенок имеет достаточный уровень витамина D (>30 нг/мл). С учетом изменений представлений о роли витамина D в организме человека, обеспеченности им организма, данных лабораторной диагностики, появилась возможность создания новых рекомендаций по коррекции дефицита витамина D, что обеспечит не только оптимальный рост и развитие детей, но и профилактику у них многих заболеваний начиная с периода новорожденности.

Исследовательская часть

Наше практическое исследование начато с изучения данных статистики по детскому населению г.Балаково. «Детская городская поликлиника г. Балаково» оказывает первичную, в т.ч. доврачебную, врачебную и специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению в количестве 37785 человек. Число детей, достигших возраста 1 год жизни – 1790 (2017г - 2227, 2016г - 2309), что составляет 5.7% от общего количества детского населения, кратность врачебных патронажей нормативная – 16 (2017 - 16, 2016г – 16).

Находилось на грудном вскармливании до 6мес – 869 детей - 48,5% детей (2017-41,1%, 2016- 41,4%), с 6мес до года – 581 ребенок - 32,4% (2017-32,4% 2016г-32,3%), искусственников 95-5,3% (в 2017-5,3% 2016г-8,8%).

Число детей, достигших возраста 1 год жизни – 1790, что составляет 5.7% от общего количества детского населения. Находилось на грудном вскармливании до 6мес – 869 детей - 48,5% детей (2017-41,1%, 2016- 41,4%), с 6мес до года – 581 ребенок - 32,4% (2017-32,4% 2016г-32,3%), искусственников 95-5,3% (в 2017-5,3% 2016г-8,8%).

Таблица. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Наименование заболевания	Абс.ч.		Показатель на 1000		Темп роста	СО 2017г на 1000
	2017 (2227)	2018 (2188)	2017	2018		
зарегистрировано заболеваний всего: в т.ч.	5096	4697	2228.3	2146,7	-6,2	2260,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, в т.ч.:	75	65	33.7	29,7	-11,8	32,3
-рахит	4	4	1.8	1,8	+1,8	

Вывод: отмечается темп роста болезней эндокринной системы, в т.ч. рахита +1,8. Следовательно, актуальность гиповитаминоза Д остается

достаточно серьезной.

Нами была разработана авторская онлайн-анкета для родителей с целью изучения их знаний о важности витамина Д в развитии ребенка.

https://www.survio.com/survey/d/M9T8D7U5Y2G8H5O8U, которая предлагалась родителям в детской поликлинике в дни здорового ребенка.

Анкета состоит из 22 вопросов. В анкетировании приняли участие 62 матери. Данные анкетирования проанализированы и сделаны выводы.

Выводы к исследовательской части:

Нами изучены статистические данные по ДГБ, составлена авторская онлайн-анкета, собраны и проанализированы полученные результаты:

- В основном участники опроса (матери) были в возрасте 18-30 лет – 43 (69,4%). 11(17,7%) матерей в возрасте 31-35 лет. 57 (91,9%) детей респондентов родились доношенными**.** Дети , рожденные осенью-зимой имеют фактор риска развития гиповитаминоза Д из-за недостатка солнечного свет (инсоляции). Дети этой группы требуют внимания и наблюдения с целью профилактики заболеваний. Таких детей 38 (61,3%) из участников анкетирования. Детей, родившихся весной-летом - 24(38,7%).
- Дети, находящиеся на исключительно грудном 38(61,3%) и смешанном 15(24,2%) вскармливании нуждаются в коррекции и дополнительном введении витамина Д. Дети на вскармливании адаптированными смесями в дополнительном поступлении витамина Д не нуждаются -9(14,5%).
- Согласно современным представлениям витамин Д относится к гормоноподобным веществам, о чем занет только 6(9,7%). 5(8,1%) матерей затруднились с ответом. Большая часть родителей 41(65,1%) считают основной роль витамина Д в накоплении кальция и фосфора в костной ткани и зубах.
- В случае гиповитаминоза Д первые признаки рахита у детей начинают появляться уже в 3 месяца, о чем осведомлены лишь 15(24,6%) респондентов.
- Основными факторами риска дефицита витамина Д матери считают: 24(38,1%)-дефицит витамина Д у матери в период бетеменности, экологические факторы-30(47,6%), проблемы с ЖКТ у ребенка – 23(36,5%), вскармливание исключительно грудным молоком без обогащения питания матери -18(28,6%), вскармливание неадаптированными смесями-18(28,6%), лекарственная терапия-22(34,9%) и недоношенность -25%(39,7%). Все указанные в опросе факторы являются верными. Но не все матери осведомлены о данном факте.
- О том, что при вскармливании новорожденных детей адаптированными смесями дополнительно вводить витамин Д не нужно знают 18%(29%) респондентов. Не осведомлены о правильной тактике -29(46,8%) и затруднились ответить 14(22,6%) матерей.
- 56(90,3%) респондентов знают, что при смешанном вскармливании необходимо строго рассчитывать необходимую дозу витамина Д, что бы не допустить гипервитаминоза.

- Родители считают наиболее удобной прием водной формы витамина Д – 52(83,9%). Масляный раствор удобен в меньшей степени данной группе опрашиваемых родителей. Недостаток витамина Д, так и его избыточное количество вредно для здоровья. Половина родителей 36(57,1%) затруднились с ответом на вопрос о признаках передозировки, что говорит о необходимости вести разъяснительную профилактическую работу при назначении витамина Д, рассказывать матерям о признаках гипервитаминоза и необходимой помощи при нем. Профилактическая доза витамина Д в РФ составляет для детей с 0-18 лет – 1000ЕД/сутки. 22(53,2%) родителей не осведомлены о современных данных необходимой дозы витамина Д.
- Большая часть родителей указала основной причиной противопоказаний к приему витамина Д индивидуальную непереносимость – 33(52,4%). Необходимо разъяснять родителям сведения о препарате - показания и противопоказания, что бы не дотустить осложнений в его приеме.
- Употребление продуктов-источников витамина D детьми не достигает рекомендуемых норм, и, следовательно, не может адекватно восполнить потребность в витамине D. 8(12,9%) родителей не верно считают, что с пищей витамин Д может поступать в достаточном количестве. 7(11,3%) затруднились ответить на данный вопрос.
- 37(59,7%) родителей знакомы с данными о роли дефицита витамина Д в развитии заболеваний, 25(40,3%) респондентов ничего об этом не слышали. Эти сведения необходимо доносить до родителей. Большая часть респондентов 52(83,9%) родителей с профилактической целью давали витамин Д детям.

Известно, что витамин D – это так называемый «витамин солнца», который образуется в организме из провитамина, находящегося в коже и входящего в активную фазу под действием на нее солнечных лучей. Основная функция витамина D – фосфорно-кальциевый обмен. Иначе говоря, присутствие в организме этого витамина обеспечивает полноценное усвоение кальция, необходимого для прочности костей и зубов. Однако, как выяснилось в ходе многочисленных исследований, витамин D не только регулирует в организме обмен кальция и фосфора, но и влияет на множество других обменных процессов. И дефицит этого витамина в организме человека – это не только, как принято считать, риск развития рахита. В научных публикациях приводятся результаты исследований, в ходе которых было установлен, что на фоне высокого потребления витамина Д снижается риск развития сахарного диабета 2 типа, инфекций верхних дыхательных путей, онкологических заболеваний. А это значит, что роль витамина D долгие годы была недооценена, и его недостаток очень важно восполнять.

Помимо того, что витамин D вырабатывается в коже под воздействием солнечных лучей, он также поступает в организм человека через пищеварительную систему. Новорожденные получают этот витамин с молоком матери, а те, кто находится на искусственном вскармливании, -

через смесь. Но, к сожалению, всего этого недостаточно. Ни еда, содержащая витамин D, ни солнце не являются его достаточными источниками. Солнца, как мы знаем, в России не очень много - большая часть территории нашей страны с географической точки зрения является зоной сниженной инсоляции и закономерно относится к регионам мира, в которых риск формирования дефицита и недостаточности витамина D достаточно высок.

Кроме того, для выработки витамина D необходим определенный угол падения солнечных лучей. В России этот угол достигается только с 11:00 до 14:00 – в это время, как правило, дети обедают и спят. Также в эти часы наблюдается самая высокая активность солнца, требующая использования солнцезащитных кремов – а они практически полностью блокируют выработку витамина D в коже) .Получается, что столь необходимый витамин в организм ребенка поступает в малых количествах, а это может быстро привести к его дефициту. Дефицит витамина D среди российских детей очень распространен.

В целом по регионам дефицит витамина D выявлен примерно у 42% детей, недостаточность – у 24%, только у одной трети детей выявляется норма. Таким образом, суммарно 66% детей имеют недостаточный уровень витамина D. Уровень недостаточности этого витамина зависел от многих факторов. И, как выяснилось, огромное значение имеет не географическое положение (т.е. уровень инсоляции), а осведомленность врачей. В тех регионах, где врачи активно назначали (в том числе и после первого года жизни ребенка) препараты, содержащие витамин D, продемонстрированы лучшие показатели по уровню витамина D у детей разных возрастов. Таким образом, во-первых, солнцу и пище, содержащей витамин D, нужен хороший помощник – эффективный препарат. Во-вторых, важно понимать, что витамин D – это витамин не только для детей, но и для подростков и взрослых, обеспечивающий нормальное функционирование организма на протяжении всей жизни человека. Принимать его нужно длительно, вне зависимости от возраста. А ввиду того, что наиболее чувствительным к гиповитаминозам является возраст до 3 лет, именно в детстве витамину D нужно уделять особо много внимания.

Таким образом, изучив современые литературные источники по гиповитаминозу Д у новорожденных детей, проведя исследование и анкетирование среди родителей, мы получили данные об осведомленности родителей, видах и формах предпочитаемого выпуска витамина Д, осложнениях и передозировке витамина Д у детей.

Литература

1.Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России. /Союз педиатров России.-Москва. Педиатъ, 2017-152с.

2.Громова, О.А. 12. О дозировании витамина D у детей и подростков / О.А. Громова, И.Ю. Торшин, И.Н. Заха- рова // Вопросы современной педиатрии. — 2015. — № 14 (1). — С.38—47.

3.Мальцев, С.В. 11. Роль дефицита витамина D в развитии рахита у детей

раннего возраста / С.В. Мальцев, В.Б. Спиричев, Э.М. Шакирова // Вопросы охраны материнства и детства. — 1987. — № 6. — С.35— 38.
4.Мальцев, С.В. Обеспеченность витамином D детей первого года жизни и коррекция его дефицита / С.В. Мальцев, А.М. Закирова, Г.Ш. Мансурова // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 2. — С.61—64.
5.Нароган М.В., Рюмина И.И., Крохина К.Н., Зубков В.В., Захарова И.Н., Климов Л.Я., Курьянинова В.А. ВИТАМИН D У НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
6.Реушева, Е.А. Паничева, С.Ю. Пастухова, М.Ю. Реушев / Значение дефицита витамина D в развитии заболеваний человека / С.В. // Успехи современного естествознания. — 2013. — № 11. — С.27—31.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХРАНЕНИИ

Еременко А. А.
обучающаяся 3 курса,
научный руководитель
Осянкина Н.В.,
преподаватель
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»

Актуальность темы заключается в том, что лекарственные средства, содержащие производные ароматических кислот, широко применяются в медицинской практике. Помимо того, что данные средства входят в состав готовых ЛС заводского производства, их можно встретить и в составах ЛФ внутриаптечного производства.

Практически каждому из нас знакомы лекарства данной группы. В наших домашних аптечках так часто можно встретить таблетки аспирина, которые еще с советских времен применяются населением как средство первой помощи от боли и жара. Еще одно средство, которое имеет непосредственное отношение к моей теме, - салициловый спирт, ведь данное средство отлично справляется с угревой сыпью, чем и заслуживает свой авторитет среди молодежи.

Цель исследования является изучить поведение лекарственных препаратов при хранении.

Для выполнения цели были поставлены следующие ***задачи:***

Изучить и проанализировать литературные источники по вопросам характеристик и свойств лекарственных средств - производных ароматических кислот и их лекарственных форм;

Сравнить качество образцов лекарственных средств, содержащих салициловую и ацетилсалициловую кислоту, по показателям «Описание», «Подлинность», «Количественное определение» на базе ГБПОУ «Тольяттинский медицинский колледж»;

Поставить эксперимент, позволяющий оценить важность соблюдения

требуемых условий хранения лекарственных форм, содержащих салициловую и ацетилсалициловую кислоту, в домашних условиях, используя для оценки качества показатели «Описание», «Подлинность», «Количественное определение»;

Выяснить осведомленность респондентов по вопросам хранения лекарственных препаратов, содержащих производные ароматических кислот, в домашних условиях и составить рекомендации по соблюдению условий хранения согласно требованиям нормативной документации.

В качестве ***объекта исследования*** были выбраны образцы раствора салициловой кислоты 1%-40мл, таблеток ацетилсалициловой кислоты 500 мг; нормативная документация; респонденты; ассортимент и цены аптек.

Предмет исследования:

1) Качество и характеристики лекарственной формы, содержащей салициловую и ацетилсалициловую кислоту с учетом различных условий хранения;
2) Мнение респондентов по вопросам хранения;
3) Аналитические аспекты нормативно-правовой документации и иных литературных источников;

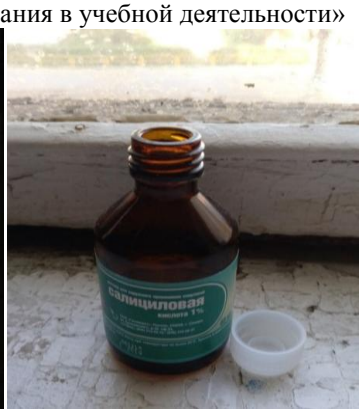
Перед проведением исследования была выдвинута ***гипотеза:*** ЛС, содержащие производные ароматических кислот, хорошо изучены и описаны в литературе. ЛС, содержащие производные ароматических кислот, из аптечного ассортимента удовлетворяют всем требованиям нормативной документации. При неправильном хранении препаратов происходят нежелательные изменения. Спиртовой раствор салициловой кислоты и таблетки аспирина являются известными и популярными препаратами в аптеке. Большинство населения обращает внимание на условия хранения, указанные на упаковке или в инструкции, понимает важность соблюдения условий хранения ЛП, а также население знает, как правильно хранится спиртовой раствор салициловой кислоты и таблетки аспирина.

Для исследования я использовала следующие ***методы:*** Анализ литературы; Методики химического, органолептического контроля; Наблюдение; Анкетирование; Мониторинг цен и ассортимента.

Суть эксперимента заключалась в том, что с 14.05 по 28.05.2019г образцы лекарственных средств выдерживались в самых распространенных местах размещения домашних аптечек как с нарушением условий правильного хранения, так и согласно НД на лекарственное средство.

В качестве зон хранения были выбраны:

- Зона 1 – подоконник, как источник тепла и света;



- Зона 2 – дверца холодильника с температурным режимом от +8 до +10°С – эта зона является зоной хранения ЛП согласно НД.

- Зона 3 –дополнительно для таблеток ацетилсалициловой кислоты в качестве источника влаги зона рядом с чашкой с водой.

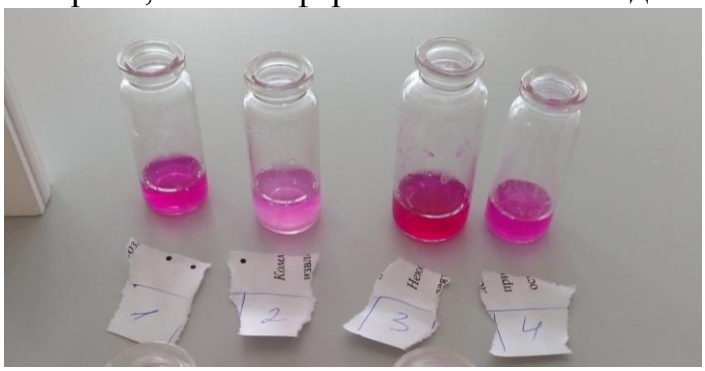
Теперь более подробно об образцах, взятых для исследования. 1-м для исследования было выбрано 2 образца спиртового раствора салициловой кислоты 1%-40 мл 2-х разных производителей. Один из которых хранился согласно НД, не вскрывался, хранился в заводской упаковке (такой образец был назван образцом №1), а второй хранился в теплом месте на свету (на подоконнике) во вскрытом виде и такой образец был назван образцом №2.
Вторым исследуемым препаратом стали 2 упаковки таблеток ацетилсалициловой кислоты по 500 мг 1-го производителя, среди которых было отобрано 4 образца. Одна упаковка хранилась согласно НД, не вскрывалась, хранилась в заводской упаковке производителя (этот образец был назван Образцом №1). Вторая упаковка хранилась на подоконнике во вскрытом виде (этот образец был назван Образцом №2). Для наглядности эксперимента 1 таблетка из блистера образца №2 была помещена на листок, который был помещен сверху чашки с водой, т.о было обеспечено хранение во влажном месте (такой образец был назван образцом №4). Вторая таблетка из того же блистера, хранилась в теплом месте на свету, а именно помещена на листок и была оставлена на подоконнике (такой образец был назван образцом №3).

Через 15 дней было проведено исследование и сравнение образцов по показателям «Описание»; «Подлинность»; «Количественное определение». Для сравнения образцов по показателю «Описание», для оценки физико-химических свойств лекарственных веществ я руководствовалась фармакопейными статьями из ГФ СССР X издания и из ГФ XIII издания. Для сравнения образцов по показателю «Подлинность» и «Количественное определение» образцы были подвергнуты химическому анализу с использованием методик экспресс-анализа. Рассчитывались нормы допустимых отклонений для количественного состава каждой лекарственной формы согласно приказу МЗ РФ №305 «О нормах отклонений, допустимых при изготовлении лекарственных средств…» для салициловой кислоты, а для таблеток аспирина согласно ФС №4 ГФ X издания.

После проведения органолептического контроля образцов выяснилось, что при хранении лекарственных препаратов согласно нормативной документации образцы имеют соответствующий внешний вид, а при нарушении необходимых условий хранения препарат не соответствует описанию.

По результатам качественного анализа можно сделать вывод, что в результате неправильного хранения спиртового раствора салициловой кислоты, изменение качественного состава лекарственного препарата не происходит, а вот в отношении таблеток ацетилсалициловой кислоты все наоборот – происходит изменение качественного состава. Ацетилсалициловая кислота разлагается на салициловую кислоту и фенол (яд!), а следовательно применение такого лекарства не только не окажет нужного действия, но и окажет губительное влияние на организм.

Количественный анализ проводился для обоих препаратов с помощью алкалиметрии с использованием индикатора фенолфталеина до розового окрашивания. Использовались утвержденные методики экспресс-анализа во внутриаптечном контроле, а также фармакопейные методики.



Согласно рассчитанным нормам допустимых отклонений по таблицам приказа МЗ РФ №305 (для салициловой кислоты) и фармакопейной статьи №4 ГФ X (для таблеток ацетилсалициловой кислоты) все образцы, условия хранения которых нарушали требования нормативной документации, не удовлетворяли по результатам количественного определения.

Для того чтобы выяснить правильно ли население соблюдает условия хранения, знакомо ли с данными препаратами и правильно их применяет

было проведено анкетирование. Анкетирование проводилось в период с 20.05. по 30.05.2019 г. По результатам анкетирования можно сделать вывод, что большая половина респондентов знакома с такими препаратами, их действием, и данные ЛС часто применяются населением. Однако только половина опрошенного населения хранит лекарственные препараты правильно (т.е в соответствии с инструкцией по применению), а соответственно только половина опрошенных обращает внимание на условия хранения, указанные на упаковке или в инструкции. Остальная же половина респондентов хранит препараты либо в шкафу, либо в холодильнике, на свое усмотрение, даже если препарат не требует таких условий хранения. В связи с полученными данными анкеты по результатам проведенного анализа были составлены рекомендации по хранению и применению спиртового раствора салициловой кислоты и таблеток ацетилсалициловой кислоты населению, с помощью которых население всегда сможет правильно применять и хранить ЛС в домашних условиях.

В заключение хотелось бы отметить, что ЛС, содержащие производные ароматических кислот, находят широкое применение среди населения. У каждого в доме есть свои маленькие аптечки, которые обязательно нужно хранить правильно, чтобы не навредить себе и своей семье. По результатам проведенных опытов подтвердилось, что соблюдать условия хранения важно и нужно, т.к воздействие света, температуры, влажности приводит к изменениям прежде всего количественного состава, а значит может привести к ослаблению, отсутствию эффекта от ЛС, а то и хуже – привести к нежелательным побочным эффектам при их применении. Цель работы достигнута, задачи выполнены, гипотеза подтвердилась частично.

Предположения, которые подтвердились, выражаются в следующем:
1) лекарственные средства, содержащие производные ароматических кислот, хорошо изучены и описаны в литературе; 2) лекарственные средства, содержащие производные ароматических кислот, из аптечного ассортимента удовлетворяют всем требованиям нормативной документации; 3) при неправильном хранении препаратов происходят нежелательные изменения; 4) спиртовой раствор салициловой кислоты и таблетки аспирина являются известными и популярными препаратами в аптеке; 5) большинство населения знает, как правильно хранятся таблетки ацетилсалициловой кислоты; население знает как правильно хранятся таблетки аспирина.

Предположения, которые были опровергнуты: 1) большинство населения знает, как правильно хранится спиртовой раствор салициловой кислоты; 2) большинство населения обращает внимание на условия хранения, указанные на упаковке или в инструкции, понимает важность соблюдения условий хранения ЛП.

Литература

1) Арзамасцев А.П. Фармацевтическая химия под редакцией академика РАМН, профессора А.П. Арзамасцева. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности Фармация. – М.: Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – стр. 273-275.

2) Артеменко А.И. Удивительный мир органической химии. 2-е изд. – М.: Дрофа, 2005. – стр. 128-129.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ТРАВМАТИЗМА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Землянский Н.И.,
обучающийся 4 курса
научный руководитель
Баринова Ю.Ю.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМГК», г. Сызрань

Среди почти 40 тыс. существующих в настоящее время профессий особую социальную нишу занимают более 4 миллиона медицинских работников [1].

Результат деятельности медицинских работников – здоровье пациентов – во многом определяется условиями труда и состоянием здоровья сотрудников.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что проблема улучшения условий труда и повышения безопасности работы медицинского персонала - одна из самых значимых для российского здравоохранения, так как напрямую влияет не только на здоровье самих работников медицинских организаций, но и на качество оказания медицинской помощи в целом [2].

Все вышеобозначенное актуализировало настоящее исследование.

Целью работы является: изучение факторов риска возникновения травматизма у медицинских сестер в профессиональной деятельности с разработкой практических рекомендаций.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1) Изучить актуальную научную литературу по вопросам профессиональной деятельности медицинских сестер и факторам риска травматизма.

2) Систематизировать факторы риска травматизма медицинских сестер на рабочем месте.

3) Провести исследование медицинских работников по изучению условий работы и изучению факторов риска травматизма.

4) Разработать практические рекомендации для медицинских работников по снижению травматизма.

Объект исследования: медицинские работники ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника». Предмет исследования: факторы риска травматизма на рабочем месте.

Методы исследования: общетеоретический, статистический, социологический, аналитический.

Травматизм - распространенность травм среди групп населения или определенного контингента лиц, находящихся в одинаковой обстановке

(условия деятельности, труда, быта и др.) [1]. Производственный травматизм - это всякое повреждение, полученное на производстве (рабочем месте).

Выделяют четыре группы профессиональных факторов, которые неблагоприятно действуют на состояние здоровья медицинского персонала: физические факторы риска; химические факторы риска; биологические факторы риска; психологические факторы риска [2].

Профессия медицинской сестры связана с выполнением статической и динамической работы. Чтобы сохранить свое здоровье и профессиональное долголетие, необходимо соблюдать правила биомеханики.

Практическая часть работы проведена с использованием статистических данных, опубликованных Росстатом. Анализ данных показал, что отмечается увеличение численности медицинского персонала в 2013 году до 2015 года, и с 2015 года отмечается стабильное уменьшение численности медицинского персонала до 2017 года. Отмечается увеличение численности медицинских сестёр до 2014 года, и с 2014 года отмечается стабильное уменьшение численности медицинских сестёр до 2016 года. В 2017 году небольшое увеличение до 1064,4 тысяч человек.

Таким образом, анализ статистических данных по Российской Федерации показал, что отмечается снижение численности среднего медицинского персонала, в том числе медицинских сестер, за период с 2015 года по 2017 год.

Базой исследования явилась ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника», в которой работают: 55 врачей, 192 средних медицинских работника.

На следующем этапе работы было проведено исследование по изучению условий труда и факторов риска травматизма медицинских сестер. Применялся метод анкетирования. В опросе приняло участие 25 медицинских сестер.

В своей работе респонденты отметили важное: на первом месте - удовлетворение выполненной работой и достойная заработная плата (20%), на втором месте - уважение коллег(16%),а на третьем месте - возможность самореализации в профессии, продвижение по службе и медицинское обслуживание по месту работы(12%). 50% медицинских сестёр полностью удовлетворены уровнем материально-технического обеспечения. 70% респондентов постоянно используют медицинские изделия. 50% медицинских сестёр удовлетворены регулярностью снабжения материально-техническим обеспечением, 20% удовлетворены качеством и удобством использования ресурсов. 50% медицинских сестёр, удовлетворены своей работой, а 50% не вполне удовлетворены. 60% респондентов отметили, что причиной неудовлетворённости работой является низкая заработная плата, а 20% отметили высокую напряженность и интенсивность труда.

90% медицинских сестёр знают свои функциональные обязанности. 50% респондентов считают, что работа совпадает с функциональными обязанностями. Причиной не совпадения с функциональными

обязанностями является выполнение функциональных обязанностей медсестер вспомогательных кабинетов. 71% респондентов больше своего рабочего времени тратят на заполнение медицинской документации. 60% считают хорошими отношения в коллективе. 60% респондентов считают, что материально-техническое обеспечение на отделении отвечают нормам, но не в полном размере.

Результаты по изучению факторов риска травматизма медицинских сестер следующие. На первом месте, по мнению респондентов, по негативным факторам влияют эмоциональные нагрузки - 36%, на втором - физические нагрузки 23%, а на третьем - отношение руководства 14%. По мнению респондентов наилучшими положительными факторами являются: возможность учёбы и повышение квалификации - 60%, на втором месте - любимая работа и коллектив 18,7%, а на третьем месте - возможность карьерного роста -12,5%. 100% медицинских сёстер соблюдают меры безопасности на своем рабочем месте. 90% медсестёр используют средства индивидуальной защиты. 60% медсестёр беспокоят, такие явления, как кашель, чихание, кожный зуд при работе с химическими веществами. 50% медицинских сестёр встречаются с пациентами, которые не понимают важность работы медицинских сестер и создают конфликты. На вопрос: «Действия при травме инструментом, загрязнённым кровью пациента?» 90 % медицинских сестёр: примут меры, прописанные в инструкции и сообщат медицинской сестре.

90 % медицинских сестёр обрабатывают руки кожным антисептиком после манипуляции. 60% медицинских сестёр часто сталкиваются с излишним шумом и вибрацией. 50% медицинских сестёр соблюдают свою осанку при работе, 30% не соблюдают осанку.

90 % медицинских сестёр подвергаются статическим нагрузкам, а 10% вынуждены поднимать и перемещать тяжести.

60 % медицинских сестёр считают, что в отделениях оборудования, соответствующего эргономическим требованиям, хватает. 90% медицинских сестёр соблюдают биомеханику при работе. 60 % медицинских сестёр перемещали пациентов в одиночку. 80% медицинских сестёр вынуждены подниматься и спускаться по лестнице более чем 3 раза в рабочее время.

70% медицинских сестёр испытывают скольжение из-за кафельного покрытия пола, подошв обуви. 70% медицинских сестёр считает, что причиной боли в спине является поднимание и перенос тяжестей, 20% - боли, связанные с профессиональной деятельностью. 60% медицинских сестер проводят в наклонной позе, сидя, заполняя документацию, а 40%, большую часть рабочего времени, стоят или ходят. 90% медицинских сестёр перемещают тяжести весом не превышающий 10 килограмм.

Таким образом, в ходе данного исследования было выявлено следующее.

Изучение условий труда медицинских сестер ГБУЗ СО «Сызранская ГП» выявило: 70% респондентов постоянно используют медицинские изделия, 90% медицинских сестёр выполняют свои функциональные

обязанности, 71% респондентов большую часть времени тратят на заполнение медицинской документации, 60% считает, что материально-техническое обеспечение на отделении отвечают нормам.

У медицинских сестер были выявлены следующие факторы, повышающие риск развития травматизма: эмоциональные нагрузки, конфликтные ситуации с пациентами, взаимодействие с химическими веществами, шум и вибрация, перемещение пациентов в одиночку, большинство респондентов отметили, что причиной боли в спине является поднимание и перенос тяжестей, подъем и спуск по лестнице более чем 3 раза в период рабочего времени, большинство респондентов испытывали скольжение из-за кафельного покрытия пола, также отмечена работа в наклонной позе, сидя заполняя документацию.

В ходе исследования были выявлены факторы, снижающие риск развития травматизма, а именно: все медицинские сёстры соблюдают меры безопасности на своем рабочем месте, используют средства индивидуальной защиты, при возникновении травматизма на рабочем месте респонденты применяют меры, прописанные в инструкции, соблюдают биомеханику при работе.

Изучение факторов риска травматизма медицинских сестер на рабочем месте является актуальным, так как травматизм при работе значительно снижает уровень и качество оказания медицинской помощи.

Цель работы достигнута, решены задачи. Материалы работы можно использовать в образовательном процессе ГБПОУ «СМГК» и практическом здравоохранении.

По итогам исследовательской работы нами подготовлены практические рекомендации для медицинских работников по снижению травматизма

Литература

1. Безопасность медицинской сестры на рабочем месте [Электронный ресурс]// адрес доступа: https://kopilkaurokov.ru/vneurochka/presentacii/biezopasnost-mieditsinskoi-siestry-na-rabochiem-miestie // - дата обращения: 16.05.2019г.

2. Биологические факторы риска в ЛПУ для медицинской сестры [Электронный ресурс]// адрес доступа: http://yamedsestra.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=160&Itemid=59 // - дата обращения: 18.05.2019г.

ФРАКТАЛЬНАЯ ГЕОМЕТРИЯ ПРИРОДЫ

Зиновьева К.Ю., Мерсеитова К.Р.,
обучающиеся 2 курса
научные руководители
Богатырева Л.И, Сутормина Ю.В. ,
преподаватели,
ГБПОУ «Бузулукский медицинский колледж», г.Бузулук

Математика,
если на нее правильно посмотреть,
отражает не только истину,
но и несравненную красоту.
Бертранд Рассел

Слово «фрактал» — это то, о чем многие говорят в наши дни, от ученых до учеников средней школы. Оно появляется на обложках многих учебников математики, научных журналов и коробках с компьютерным программным обеспечением. Цветные изображения фракталов сегодня можно найти везде: от открыток, футболок до картинок на рабочем столе персонального компьютера. Итак, что это за цветные формы, которые мы видим вокруг?

Математика – древнейшая наука. Большинству людей казалось, что геометрия в природе ограничивается такими простыми фигурами, как линия, круг, многоугольник, сфера и т.д. Как оказалось многие природные системы настолько сложны, что использование только знакомых объектов обычной геометрии для их моделирования представляется безнадежным. Как, к примеру, построить модель горного хребта или кроны дерева в терминах геометрии? Как описать то многообразие биологических разнообразий, которое мы наблюдаем в мире растений и животных? Как представить всю сложность системы кровообращения, состоящей из множества капилляров и сосудов и доставляющей кровь к каждой клеточке человеческого тела? Представить строение легких и почек, напоминающие по структуре деревья с ветвистой кроной?

Изучение фракталов открывает замечательные возможности, как в исследовании бесконечного числа приложений, так и в области математики. Применение фракталов очень обширно! Ведь эти объекты настолько красивы, что их используют дизайнеры, художники, с помощью них в графике рисуются многие элементы деревья, облака, горы и т.д. А ведь фракталы используются даже как антенны во многих сотовых телефонах.

Для многих хаологов (ученых изучающих фракталы и хаос) – это не просто новая область познания, которая объединяет математику, теоретическую физику, искусство и компьютерные технологии — это революция. Это открытие нового типа геометрии, той геометрии, которая описывает мир вокруг нас и которую можно увидеть не только в учебниках, но и в природе и везде в безграничной вселенной.

В своей работе мы тоже решили «прикоснуться» к миру прекрасного и определили для себя.

Цель работы: создание объектов, образы которых весьма похожи на природные.

Методы исследования: сравнительный анализ, синтез, моделирование.

Задачи:

знакомство с понятием, историей возникновения и исследованиями Б.Мандельброта, Г. Коха, В. Серпинского и др.;

знакомство с различными видами фрактальных множеств;

изучение научно-популярной литературы по данному вопросу, знакомство с научными гипотезами;

нахождение подтверждения теории фрактальности окружающего мира;

изучение применения фракталов в других науках и на практике;

проведение эксперимента по созданию собственных фрактальных изображений.

Предмет исследования: фрактальная геометрия.

Объект исследования: фракталы в математике и в реальном мире, который изучает физика.

Гипотеза: Все, что существует в реальном мире, является фракталом.

Методы исследования: аналитический, поисковый.

Актуальность заявленной темы определяется, в первую очередь, предметом исследования, в качестве которого выступает фрактальная геометрия.

Ожидаемые результаты: в ходе работы, мы сможем расширить свои знания в области математики, увидеть красоту фрактальной геометрии, начать работу по созданию своих фракталов.

Понятие «фрактал» придумал Бенуа Мандельброт.

Фрактал (лат. fractus — дробленый, сломанный, разбитый) — термин, означающий сложную геометрическую фигуру, обладающую свойством самоподобия, то есть составленную из нескольких частей, каждая из которых подобна всей фигуре целиком.

Для математических объектов, к которым оно относится, характерны чрезвычайно интересные свойства. В обычной геометрии линия имеет одно измерение, поверхность — два измерения, а пространственная фигура трехмерна. Фракталы же — это не линии и не поверхности, а, если можно это себе представить, нечто среднее. С ростом размеров возрастает и объем фрактала, но его размерность (показатель степени) — величина не целая, а дробная, а потому граница фрактальной фигуры не линия: при большом увеличении становится видно, что она размыта и состоит из спиралей и завитков, повторяющих в малом масштабе саму фигуру. Такая геометрическая регулярность называется масштабной инвариантностью или самоподобием. Она – то и определяет дробную размерность фрактальных фигур.

До появления фрактальной геометрии наука имела дело с системами, заключенными в трех пространственных измерениях. Благодаря Эйнштейну

стало понятно, что трехмерное пространство — только модель действительности, а не сама действительность. Фактически наш мир расположен в четырехмерном пространственно-временном континууме.

Благодаря Мандельброту стало понятно, как выглядит четырехмерное пространство, образно выражаясь, фрактальное лицо Хаоса. Бенуа Мандельброт обнаружил, что четвертое измерение включает в себя не только первые три измерения, но и (это очень важно!) интервалы между ними.
Рекурсивная (или фрактальная) геометрия идет на смену Евклидовой. Новая наука способна описать истинную природу тел и явлений. Евклидова геометрия имела дело только с искусственными, воображаемыми объектами, принадлежащими трем измерениям. В реальность их способно превратить только четвертое измерение.

Жидкость, газ, твердое тело — три привычных физических состояния вещества, существующего в трехмерном мире. Но какова размерность клуба дыма, облака, точнее, их границ, непрерывно размываемых турбулентным движением воздуха?

В основном фракталы классифицируют по трём группам:

Геометрические фракталы

Фракталы этого класса самые наглядные, потому что в них сразу видна самоподобность при любых масштабах наблюдения. В двухмерном случае такие фракталы можно получить, задав некоторую ломаную, называемую генератором. За один шаг алгоритма каждый из отрезков, составляющих ломаную, заменяется на ломаную – генератор, в соответствующем масштабе. В результате бесконечного повторения этой процедурыполучается фрактальная кривая.

Алгебраические фракталы

Это самая крупная группа фракталов. Алгебраические фракталы получили свое название за то, что их строят, используя простые алгебраические формулы.

Стохастические фракталы

Это фракталы, которые получаются в том случае, если в итерационном процессе случайным образом менять какие – либо его параметры. При этом получаются объекты очень похожие на природные: несимметричные деревья, изрезанные береговые линии и т.д. Типичным представителем этой группы фракталов является «плазма».

Фракталы находят все большее применение в науке. В физике фракталы используются благодаря уникальному свойству повторять очертания многих объектов природы. Фракталы позволяют приближать деревья, горные поверхности и трещины с более высокой точностью, чем приближения наборами отрезков или многоугольников (при том же объеме хранимых данных). Также существуют множество гипотез по поводу применения фракталов – например, лимфатическая и кровеносная системы, лёгкие и многое другое тоже имеют фрактальные свойства.

Практическая часть нашей работы состоит в том что, было проведено два эксперимента. В одном из них мы попробовали построить фрактал с

помощью аффинных преобразований, в другом, в программе Adobe Photoshop мы создали небольшую подпрограмму action, особенность этого экшена заключается в том, что он повторяет действия, которые мы проделываем, и так у нас получился фрактал.

Данная работа является введением в мир фракталов. Мы рассмотрели только самую малую часть того, какие бывают фракталы, на основе каких принципов они строятся.

Фрактальная графика - это не просто множество самоповторяющихся изображений, это модель структуры и принципа любого сущего. Вся наша жизнь представлена фракталами. Вся окружающая нас природа состоит из них. Нельзя не отметить широкое применение фракталов в компьютерных играх, где рельефы местности зачастую являются фрактальными изображениями на основе трёхмерных моделей комплексных множеств. Фракталы очень сильно облегчают рисование компьютерной графики, с помощью фракталов создаются множество спецэффектов, различных сказочных и невероятных картинок и т.д. Также с помощью фрактальной геометрии рисуются деревья, облака, берега и вся другая природа. Фрактальная графика необходима везде, и развитие «фрактальных технологий» - это одна из немаловажных задач на сегодняшний день.
Данные выводы полностью подтверждают нашу гипотезу.

В нашей работе приведены далеко не все области человеческих знаний, где нашла свое применение теория фракталов. С помощью теории фракталов стали объяснять эволюцию галактик и развитие клетки, возникновение гор и образование облаков, движение цен на бирже и развитие общества и семьи.
Красота фракталов далеко не исчерпана и еще подарит нам немало шедевров - тех, которые услаждают глаз, и тех, которые доставляют истинное наслаждение разуму.

Литература

1. Балханов В.К. основы фрактальной геометрии и фрактального исчисления/ Улан – Удэ, 2013. – 224 с.
2. Божокин С.В., Паршин Д.А. Фракталы и мультифракталы/ Ижевск, 2001. – 128 с.
3. Мандельброт Б. Фрактальная геометрия природы/ Москва, 2002. – 656 с.
4. Мандельброт Б. Самоаффинные фрактальные множества, «Фракталы в физике»/ Москва, 2006. – 400 с.
5. Пайтген Х.-О., Рихтер П. Х. Красота фракталов/ Москва, 2014. – 254 с.

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ОДНА ИЗ СЕРЬЕЗНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ XXI ВЕКА

Иванова Е.А.,
обучающаяся 3 курса
научные руководители
Власова Т.А. преподаватель,
Галимуллина Р.Ф. преподаватель,
Карпова О.В. зав. методическим отделом
ГАПОУ «Нижнекамский медицинский колледж»,
г.Нижнекамск

Грибковые заболевания (микозы) кожи и ногтей являются проблемой номер один в современной дерматологии. Такой статус микозам обеспечила их способность распространяться среди всех категорий населения: люди любого пола, социального статуса и возраста примерно в равной степени подвержены заражению. В настоящее время в мире наблюдается увеличение численности людей с микозами. По данным Всемирной организации здравоохранения, ими страдает каждый четвертый житель планеты, независимо от возраста. Важно отметить то, что заболеваемость микозом за последнее десятилетие выросла в два с половиной раза [2].

Грибковые инфекции являются гораздо более опасными, чем о них думают. Каждый год они становятся причиной смерти 1,5 млн. человек во всем мире[6]. По данным исследования количество людей, страдающих от различных видов грибковых инфекций в России, составляет порядка 30– 40 % [3].

Наличие грибковых заболеваний приводит к сенсибилизации организма и способствует развитию аллергических заболеваний и бронхиальной астмы. В последнее время доказано, что отдельные виды грибов вызывают онкологическую патологию. Грибковая инфекция оказывает негативное воздействие и на психологическое состояние человека, повышая нервозность, снижая устойчивость к стрессам [2].

Кожные микозы широко распространились в связи с ростом причин, создающих благоприятную среду для развития инфекции: хронические болезни, ожирение, сахарный диабет, снижение иммунитета, бесконтрольное лечение антибиотиками. Микозы вызывают грибы, которые чрезвычайно устойчивы к внешним воздействиям, могут приспосабливаться к неблагоприятным факторам и долго сохранять жизнеспособность в спорах. Поэтому грибковые заболевания трудно поддаются лечению и очень заразны для окружающих [3].

Микоз – это грибковые заболевания, которые требуют повышенной ответственности. Проблема защиты кожи приобретает всю большую значимость и актуальность, так как, в настоящее время люди активно отдыхают на различных курортах, в саунах и банях, бассейнах и аквапарках, очень модным стало увлечение маникюром, педикюром, нанесением татуировок, пирсингом.

Данные факты свидетельствуют об **актуальности** темы исследовательской работы.

Цель: изучить грибковые заболевания как одну из серьезных медицинских проблем XXI века.

Задачи:

1.Изучить виды грибов, причины возникновения, развития и осложнения грибковых заболеваний.

2.Проанализировать статистику грибковых заболеваний по даннымНижнекамского кожно-венерологического диспансера.

3.Провести опыты, вырастив плесень на различных средах, с целью изучения влияния факторов внешней среды на рост плесневых грибов.

4.Выяснить информированность населения о медицинских проблемах, связанных с грибковыми заболеваниями.

5.Ознакомить студентов с результатами исследования.

Гипотеза: предполагается, что всестороннее изучение медицинских проблем, связанных с грибковыми заболеваниями может способствовать пониманию серьезности данной ситуации, более осознанному, ответственному отношению к своему здоровью.

Объект исследования: грибковые заболевания.

Предмет исследования: медицинские проблемы, связанные с заболеваниямимикроспорией, микозами, онихомикозами.

Методы исследования: изучение теоретических источников, анализ статистических данных, эксперимент, анкетирование, наблюдение, сравнительный анализ, метод проекта (разработка памятки), беседа.

Новизна работысостоит в том, что впервые на уровне колледжа подробноизучены медицинские проблемы, связанные с грибковыми заболеваниями. Опытным путем показано наличие спор грибов в окружающей среде, доказано, что существуют благоприятные и неблагоприятные факторы, влияющие на рост и развитие грибов.

Теоретическая значимость работы: подробно изучены виды грибов, причины возникновения, развития грибковых заболеваний. Сделан акцент на серьезности данных заболеваний. Проанализированы статистические данные, доказывающие увеличение грибковых заболеваний. Проведены опыты, показывающие, что споры грибов являются группой микроскопических клеток, служащих для размножения, которые после созревания, попадая в питательную среду, при наличии благоприятных условий, активно произрастают, развиваются, спороносят.

Практическая значимость работы: на основе результатов исследования разработана памятка по профилактике грибковых заболеваний, которая призывает быть внимательными к своему здоровью. Материалы исследовательской работы можно использовать в учебной и воспитательной работе.

Грибковые поражения (микозы) – группа заболеваний, в основе которых лежит инфицирование кожи, слизистых оболочек, ногтей, волос вызываемое болезнетворными грибками.

Грибковые заболевания передаются в основном контактно-бытовым путем. Эти заболевания, как правило, возникают в результате снижения иммунитета или при нарушениях микрофлоры слизистых рта, влагалища или кожи. В запущенной стадии грибковые инфекции могут привести к поражению всего организма. Микозы являются очень коварными и трудноизлечимыми заболеваниями. В среднем для полного избавления от грибка понадобится от полугода до 1-2 лет.

Исследование проводилось по следующим направлениям: анализ статистики грибковых заболеваний за период с 2016 - 2018 гг.; **проведение опытов:** 1.Определение времени появления плесени на различных питательных средах. 2.Определение влияние температуры на развитие плесени. 3. Определение влияния влажности на развитие плесени. 4. Определение влияния различных веществ на развитие плесени; **социологическое исследование.**

Результаты исследования:

1.Анализ статистических данных показывает, что грибковые заболевания имеют тенденцию к увеличению. Заболевание микоз с поражением ногтей, кистей и стоп, онихомикоз чаще встречается у людей в возрасте старше 40 лет, как у мужчин, так и у женщин, причем, у женщин в большей степени. Заболевание микроспория чаще регистрируется в возрасте от 0 до 14 лет, как у мальчиков, так и у девочек.

2.Проведение опытов

Опыт 1. Определение времени появления плесени на различных питательных средах.

Для выращивания плесени использовали куски сыра «Российский», мясной бульон, помидоры, питательную среду агар-агар. Образцы поместили в чашки Петри, закрыли полиэтиленовой пленкой и оставили при комнатной температуре Наблюдения проводили ежедневно в течение 10 дней, данные заносили в таблицу.

Вывод: При наличии соответствующих условий, плесень появляется на 2-3 день и хорошо развивается в различных питательных средах.

Опыт 2. Определение влияние температуры на развитие плесени.

Для наблюдения взяли 3 куска хлеба одного сорта (зернового). Каждый кусок поместили в чашки Петри, закрытый полиэтиленовой пленкой. 1-й контейнер оставили в комнате (температура +21,+23 С0), 2-й оставили в комнате (температура +21,+23С0), но ежедневно обдавали кипятком, 3-й поставили в морозильную камеру (температура – 16С0). Наблюдения проводились в течение десяти дней, данные заносились в таблицу.

Вывод: Благоприятными условиями для появления, роста и дальнейшего развития мицелия плесени являются влажный тёплый воздух и наличие питательной среды. Неблагоприятными условиями для появления и развития мицелия плесени являются низкие или высокие температуры, сухой прохладный воздух.

Опыт 3. Определение влияния влажности на развитие плесени.

В две чашки Петри поместили куски хлеба. Хлеб в одной из чашек

сбрызнули водой и закрыли полиэтиленовой пленкой. Второй образец оставили на открытом воздухе. Оба образца оставили при комнатной температуре.

Вывод: Необходимым условием для развития плесневых грибов является влажность.

Опыт 4. Определение влияния различных веществ на развитие плесени.

Исследования проводились на кусках сыра «Российский». Для этого кусочки свежего сыра, поместили в чашки Петри. Первый образец сыра является контрольным. Второй образец сыра обрабатывали из пипетки 2-3 мл раствора медицинского спирта. Третий образец сыра обрабатывали 2-3 мл 3% спиртового раствора йода. Четвертый образец сыра обрабатывали 2-3 мл 3% раствора гидрокарбоната натрия.

Вывод: Действие растворов медицинского спирта, спиртового раствора йода, гидрокарбоната натрия являются неблагоприятным фактором для появления развития плесени.

В результате проведенных опытов выяснили, что споры грибов, при наличии благоприятных условий, активно произрастают, развиваются, спороносят.

3.Социологическое исследование показывает, что уровень знаний респондентов о симптомах, профилактике и осложнениях грибковых заболеваний не достаточный. Большинство респондентов не считают грибковые заболевания серьезной медицинской проблемой. Проведенное социологическое исследование доказывает, что действительно необходимо знать о грибковых заболеваниях и ответственно относиться к своему здоровью. Это еще раз подчеркивает актуальность изучения темы «Грибковые заболевания как одна из серьезных медицинских проблем XXI века».

По итогам исследования проведены классные часы. В результате бесед появилось понимание необходимости ответственного отношения к своему здоровью, серьезности данной проблемы.

Разработана памятка по профилактике грибковых заболеваний.

Таким образом, гипотеза подтвердилась. Всестороннее изучение медицинских проблем, связанных с грибковыми заболеваниями может способствовать пониманию серьезности данной ситуации, более осознанному, ответственному отношению к своему здоровью.

Важно знать! Грибок может поразить организм, только когда его защитные функции ослаблены. Поэтому обязательная часть профилактики от грибковых болезней – укрепление иммунитета. Для этого необходимо принимать витамины, полноценно питаться, избегать стрессов, негативных переживаний. Грибковые заболевания несут прямую угрозу здоровью и социальному благополучию человека. Пренебрежение лечения грибка грозит серьезными последствиямикак для внешнего вида кожи и ногтей, так и для здоровья человека в целом. Своевременное обращение к специалисту поможет намного быстрее вылечить микоз, без риска опасных осложнений.

Грибковые заболевания и снижение качества жизни – это

сопутствующие друг другу понятия, поэтому необходимо предпринимать все необходимые меры, чтобы быть здоровым!

Литература

1.Владимиров В.В. Кожные и венерические болезни. Атлас [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В.В. Владимиров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435465.html

3.Грибковые заболевания: виды, симптомы, причины, лечение и профилактика. [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://vrachsovetuet.ru

4.Грибковый микоз. [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://gribok360.me/other/gribkovyj-mikoz.html

5.Зудин, Б.И. Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : учеб.для мед. училищ и колледжей / Б. И. Зудин, Н. Г. Кочергин, А. Б. Зудин. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970437773.html

6.Кочергин, Н.Г. Кожные и венерические болезни: диагностика, лечение и профилактика [Электронный ресурс]: учебник/ Н.Г. Кочергин - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970446447.html

7.Чем опасны грибковые заболевания. [Электронный ресурс].- Режим доступа:https://gribok360.me/gribok-nogtej

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

Кирьянов Н.А.,
обучающийся 3 курса
научный руководитель
Дремова Е.А.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной», г.Самара

В последние два десятилетия депрессия из разряда одного из многих психических расстройств выросла до масштабов важнейшей не только медицинской, но и социальной проблемы - у страдающих ею людей значительно падает производительность труда, растет временная нетрудоспособность, повышается риск суицида (его совершают до 15% больных), снижается качество жизни, разрушаются семьи. С таким расстройством может столкнуться каждый человек — в любой момент времени им страдает примерно 5% населения, а риск развития депрессии в течение жизни составляет примерно 20% для женщин и 10% для мужчин. Необходимо подчеркнуть, что от ее возникновения не защищают ни жизненное благополучие, ни высокие доходы, ни стабильная экономика — распространенность депрессии высока как в малообеспеченных, так и в слоях населения с высоким материальным достатком, как в развивающихся, так и в экономически развитых странах [2, с. 225].

В связи с этим вполне понятен интерес к поиску эффективных методов

лечения депрессии. Количество препаратов этого класса за 80—90-е годы значительно увеличилось, и сегодня в арсенале врача-психиатра есть много эффективных и относительно безопасных антидепрессантов. В повседневной практике психиатра сегодня насчитывается 15—25 препаратов. Это с одной стороны, расширяет возможности врача в лечении депрессий и ряда других расстройств, а с другой — затрудняет выбор препарата, требует дополнительных знаний и навыков. Кроме того, за последние годы существенно изменились критерии, на которые должен опираться врач при выборе антидепрессанта, а также стандарты и схемы лечения депрессии. Различные группы антидепрессантов имеют четкие и строгие показания к применению и не являются взаимозаменяемыми. При нарушении этих показаний можно не только не достигнуть желаемого результата, но и вызвать различные побочные реакции [1, с.225].

Поэтому **цель настоящей работы** - проведение сравнительного фармакологического анализа антидепрессантов.

Для реализации цели были сформированы следующие задачи:

1. Изучить принципы классификации антидепрессантов.
2. Изучить фармакологические свойства антидепрессантов.
3. Провести анализ ассортимента препаратов данной группы на российском фармацевтическом рынке.

В настоящее время на фармацевтическом рынке России представлено 20 международных непатентованных наименований антидепрессантов - пирлиндол, моклобемид, имипрамин, кломипрамин, амитриптилин, пипофезин, мапротилин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам, пароксетин, венлафаксин, миансерин, милнаципрантианептин, дулоксетин, тразодон, агомелатин, миртазапин, флуоксетин, которые выпускают под разными коммерческими брендами и в различных лекарственных формах. Таким образом, на фармацевтическом рынке России сейчас 275 торговых единиц антидепрессантов.

Больше всего препаратов на основе циталопрама – 49, то есть 17,8%, на втором месте амитриптилин – 39 препаратов (это 14%), на третье месте венлафаксин – 27 препаратов (это 9,8%)

Из стран производителей преобладает Россия-33,6%, затем, с большим отрывом представлены препараты других стран в диапазоне от 2 до 6%. Это Германия, Франция, Италия, США, Канада, Дания, Нидерланды, Исландия, Швейцария, Словения, Хорватия, Венгрия, Чехия, Индия, Турция, Израиль, Австрия, Македония. Двумя препаратами представлены Латвия и Аргентина. По одному препарату из Сербии и Египта.

Из лекарственных форм преобладают таблетки – 62%, на втором месте драже – 15%, на третьем инъекционные лекарственные формы – 14 % и затем капсулы – 9%.

За период с мая 2017 по апрель 2018 г. стоимостный объем рынка антидепрессантов составил 2,26 млрд руб. (это 8,97% от всего рынка лекарственных средств), а натуральный — 6,32 млн упаковок (это 10,41% всего рынка). По объему продаж в рублях первую строчку с долей 14,6%

занимает Ципралекс(фармкомпании Lundbeck). На втором месте — Феварин, производитель Abbott (13%). На третьей позиции — Вальдоксан, производитель французская компанияServier, с долей продаж 9,8% [3, с. 15].

По объему продаж в упаковках данные отличаются. Первую строчку занимает Амитриптилин, выпускаемый разными производителями (35,5%). Далее следует Флуоксетин (12,5%). Замыкает тройку лидеров Феварин. То есть Феварин входит в первую тройку самых продаваемых антидепрессантов и в рублях, и в упаковках [3, с. 16].

Все реализуемые на отечественном фармацевтическом рынке антидепрессанты отличаются по фармакологическому действию, выраженности антидепрессивного эффекта и побочным эффектам. На основе этих отличий было составлено несколько классификаций антидепрессантов.
Первая, и основная классификация - по степени выраженности тимоаналептического или седативного эффекта:
Антидепрессанты – стимуляторы, повышающие настроение и устраняющие апатию – имипрамин (Мелипрамин), милнаципран (Иксел), моклобемид (ааурорикс), флуоксетин (Прозак).

Антидепрессанты - седатики, обладающие способностью устранять тревогу и эмоциональное напряжение – амитриптилин, миансерин (Леривон), миртазапин (Ремерон), дулоксетин (Симбалта), флувоксамин (Феварин), пароксетин (Паксил), пипофезин (аАафен).

Сбалансированные (повышают настроение без психостимулирующего эффекта и в некоторой степени успокаивают) – вальдоксан (Агомелатин), мапротилин (Людиомил), венлафаксин (Велаксин), сертралин (Золофт), пирлиндол (Пиразидол), кломипрамин (Анафранил), циталомрпам, эсциталопрам (Ципралекс), тразодон, тианептин (Коаксил) [2, с. 338].

Вторая классификация - по выраженности самого антидепрессивного эффекта: к так называемым «сильным» препаратам относят кломипрамин, имипрамин, амитриптиллин. К «мягким» - миансерин, тианептин, флувоксамин, флуоксетин, мапротилин, эсциталопрам, млнаципран, сертралин, пиразидол, моклобемид, имнказан.Остальные занимают промежуточную позицию [1, с. 223-226].

Третья классификация по выраженности побочных эффектов:

Атропиноподобный эффект ярче всего выражен у трициклических антидепрессантов (амитриптилли, имипрамин, кломипрамин, азафен), незначительно выражен у миансерина, мапротиллина, пароксетина, моклобемида и тианептина, у других антидепрессантов отсутствует.

Кардиотоксичностью, под которой в первую очередь подразумевается способность антидепрессантов вызывать аритмию, в наибольшей степени обладают трициклические антидепрессанты, а также тразодон и мапротиллин.

Ортостатическую гипотензию часто вызывают трициклические антидепрессанты и мапротиллин, слабо выражен этот побочный эффект у тразодона и миртазапина.

Такие побочные эффекты, как головная боль и головокружение чаще

встречаются опять же у трициклических антидепрессантов, иногда у флуоксетина, тразодона, пиразидола, миансерина, моклобемида, агомелатина, сертралина, дулоксетина, очень редко у циталопрамим и эсциталопрама.

Артериальное давление антидепрессанты повышают редко, в основном трициклические, а также венлафаксин и в больших дозах тразодон.

Судороги, тремор, парестезию, миоклонус чаще всего вызывает мапротилин, причем вплоть до развития судорожных припадков, а также трициклические антидепрессанты, и, в небольшой степени пиразидол, тианептин, миртазапин, миансерин.

Расстройства ЖКТ могут вызывать все препараты, но лучше всех переносятся миансерин, моклобемид, пиразидол и тразодон.

Кошмарные сновидения часто вызывают трициклические антидепрессанты, иногда тианепттин. Сонливость днем свойственна миансерину и мапротилину, бессонница – моклобемиду и пиразидолу.

Повышают массу тела только трициклические антидепрессанты.

Сексуальную дисфункцию могут вызвать все препараты, кроме миртазапина и тразодона [4, с. 48-55].

Четвертая классификация - по наличию положительных сопутствующих эффектов:

Способностью уменьшать боль, возникающую на фоне депрессий, обладает амитриптиллин.

Устраняют различные соматические расстройства психогенной природы, такие как сердцебиение, жар, расстройства ЖКТ, учащенное мочеиспускание, головокружение антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – флуоксетин,пароксетин и другие, а также атипичные антидепрессанты - тианептин и тразодон.

Ноотропной активностью, способностью улучшать память, внимание и обучение, обладают пиразидол и тианептин.

Способностью нормализовать суточные ритмы обладают миртазапин и особенно агомелатин, так как он стимулирует мелатониновые рецепторы.

Препарат милнаципран нормализует сон без седативного эффекта, его можно назначать пожилым т.к. он не влияет насердечно-сосудистую систему и хорошо сочетается с кардиотропными средствами.

Патологическое влечение к алкоголю устраняет тразодон. А также он смягчает течение абстинентного синдрома при отмене транквилизаторов [5 с. 48-50].

Проанализировав отличительные характеристики антидепрессантов, предложены критерии выбора препарата:

Глубина депрессии.

Эффективность препарата при конкретном расстройстве.

Спектр побочных явлений.

Возраст больного и наличие сопутствующих соматических заболеваний.

Стиль жизни пациента (при амбулаторном лечении нетяжелых

депрессий).

Личностные характеристики пациента.

Таким образом, по результатам исследования можно сформулировать следующие рекомендации:

1. При назначении антидепрессанта учитывать степень приверженности пациента (compliance, комплаенс), так как ответственное и добросовестное отношение к приему антидепрессантов существенно повышает вероятность выздоровления.
2. Расширять ассортимент антидепрессантов, так как заменять эти препараты при отсутствии их в аптеке нельзя не только потому, что они относятся к рецептурному отпуску, но и потому, что некоторые антидепрессанты могут быть уникальны по своему комплексному влиянию на организм.
3. Людям, страдающим депрессией сотрудничать с психотерапевтом, так как только при полной достоверности картины заболевания, сопутствующих симптомов, особенностей образа жизни больного можно рассчитывать на положительный результат без рецидивов.

Литература

1. Аляутдин Р.Н. Лекарствоведение: учебник для фармацевт. училищ и колледжей / Р.Н. Аляутдин [и др.]. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1056 с.: ил.
2. Венгеровский, А.И.Фармакология. Курс лекций. / А.И. Венгеровский. – 4-е изд., перераб и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 736 с.; ил.
3. Ирина Терентьева, Лидеры продаж среди антидепрессантов. МониторингDSMGroup/ Новая аптека, 2016. - №10. С.54.
4. Лекции по фармакологии для высшего медицинского и фармацевтического образования / В.М. Брюханов, Я.Ф. Зверев, В.В. Лампатов, А.Ю. Жариков, О.С. Талалаева – Барнаул: изд. Спектр, 2014. – 560 с., табл. 49, 163 рис.
5. Михайлов, И.Б, Клиническая фармакология - основы рациональной фармакотерамии: Руководство для врачей / И.Б. Михайлов. – 4-е изд., СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2014– 960 с.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Клиентова В.А.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Гуськова Т.И.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «Балаковский медицинский колледж»

Сердечно-сосудистые заболевания являются причиной почти половины смертей населения России. Наиболее сложной проблемой современной кардиологии остается самое грозное осложнение коронарной болезни – острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Острый инфаркт миокарда, как правило, вызван тромбозом одной из

ветвей коронарных артерий сердца на поверхности осложненной (поврежденной) атеросклеротической бляшки. Полная острая окклюзия артерии ведет к трансмуральным ишемии и некрозу миокарда, а в момент развития сопровождается подъемом сегмента ST на ЭКГ. Поэтому основой лечения инфаркта миокарда является быстрое, полное и стойкое восстановление кровотока в коронарной артерии (реперфузия). В результате реперфузии уменьшается зона некроза миокарда, сохраняется его способность к сокращению, снижаются заболеваемость и смертность больных [7, с.77].

Существует два основных метода коронарной реперфузии: медикаментозный (тромболитическая терапия – ТЛТ) и механический – с помощью первичных чрескожных коронарных вмешательств (пЧКВ). К настоящему времени общепризнано преимущество, а, значит, и предпочтительность первичных ЧКВ. Основываясь на многочисленных доказательствах, все крупные экспертные сообщества в своих рекомендациях указывают первичные ЧКВ в качестве метода первого выбора в лечении инфаркта миокарда [7, с.77].

Однако, в связи с социально-экономическими трудностями, не всегда возможно проведение адекватного лечения данного острого состояния в соответствии с установленными международными критериями и стандартами.

Поэтому тромболитическая терапия остается важнейшим элементом начального ведения многих больных, позволяющим снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и летального исхода. Тромболизис в течение 1-го часа от начала симптомов ИМ не только способствует уменьшению смертности, но у 40% больных обрывает процесс развития ИМ, а также препятствует развитию необратимого повреждения миокарда, его дисфункции и внезапной смерти, более половины случаев которой приходится на первые часы ИМ.

К преимуществам тромболитической терапии относят сравнительно невысокую стоимость, простоту и возможность проведения как на догоспитальном этапе, так и в любом стационаре. К недостаткам – возможность тяжёлых геморрагических осложнений, недостаточную эффективность, риск повторных окклюзий коронарных артерий [3, с.377].

При отсутствии противопоказаний проведение тромболитической терапии должно быть осуществлено в первые 12 ч от начала клинической картины ИМпST у больных, которым первичное ЧКВ по каким-либо причинам не может быть выполнено в указанные выше интервалы времени. В настоящее время наиболее широко используемыми тромболитическими препаратами являются стрептокиназа и тканевые активаторы плазминогена, к которым относятся алтеплаза, тенектеплаза, проурокиназа (пуролаза) [3, с.377].

Судить об эффективности тромболитической терапии объективно можно с помощью коронарной ангиографии, косвенно – на основании других методов (прекращение ангинозной боли, нормализация или значительное

смещение сегмента ST, появление реперфузионных аритмий).

С целью усиления тромболитического эффекта и предупреждения повторного тромбоза коронарной артерии (при эффективном тромболизисе) используют антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел) и антитромбиновые препараты **(**НФГ**,** НМГ, ингибиторы Ха-фактора) [3, с.379].

Исследовательская работа проводилась в отделении реанимации и интенсивной терапии ГУЗ СО «Балаковская городская клиническая больница».

Анализировались данные журнала учета тромболитической терапии за 2016 г., 2017 г., 2018 г. На основе полученной информации была построена диаграмма, отражающая количество проведенных ТЛТ больным с ИМпST за период 2016 – 2018 гг. (Рис. 1).

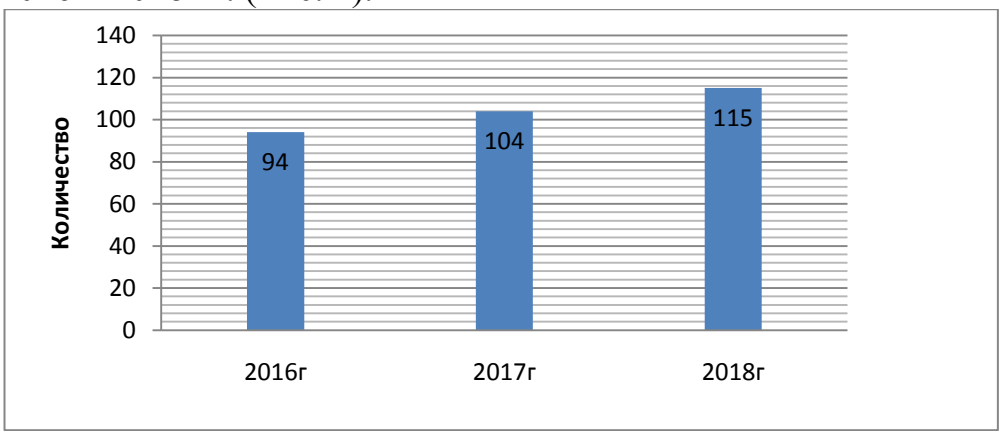


Рис.1 Количество проведенных ТЛТ в 2016 – 2018 гг.

Всего в исследование вошло 313 пациентов, из которых пациентов мужского пола – 227 (73 %), женщин – 86 (27 %). Средний возраст мужчин составил 59,5 (лет), женщин – 67,6 (лет).

Проведена оценка пациентов по возрастным группам. Наиболее многочисленной возрастной категорией оказалась группа пациентов от 50 до 60 лет, составившаяся 30% от общего числа пациентов. Наименьшие по численности возрастные группы: от 30 до 40 лет – 4 %, от 80 лет и старше – 1% от общего числа пациентов (Рис.2).

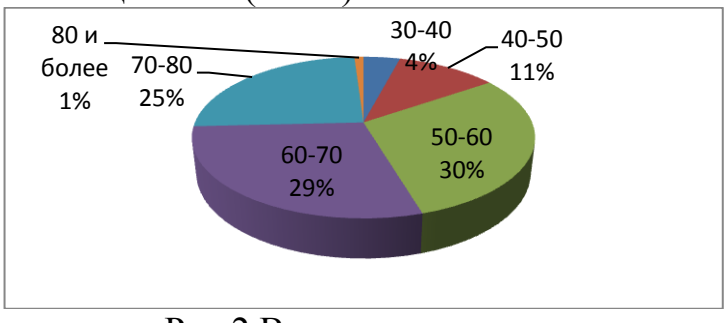


Рис.2 Возраст пациентов

Тромболитическая терапия больным острым инфарктом миокарда проводилась как на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи, так и в отделении реанимации и интенсивной терапии после госпитализации в стационар (Рис.3).

Рис.3 Доля ТЛТ на догоспитальном и госпитальном этапах

Доля медикаментозных реперфузий, выполненных в стационаре, значительно преобладает, но в 2017 – 2018 гг. отмечается рост случаев системного тромболизиса на догоспитальном этапе. Проведение тромболизиса на догоспитальном этапе позволяет ускорить начало реперфузионной терапии и, следовательно, улучшить результаты лечения пациентов с ИМпST.

Была проанализирована эффективность тромболитической терапии (Рис. 4).

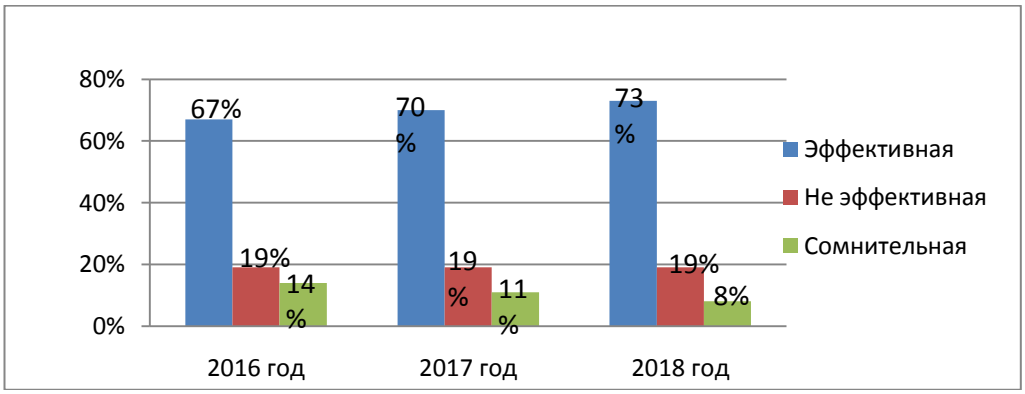


Рис.4 Эффективность ТЛТ

Результаты исследования продемонстрировали рост эффективности системного тромболизиса, что является хорошим показателем и дает больным с острым инфарктом миокарда шанс на выздоровление.

При проведении медикаментозной реперфузии на догоспитальном этапе у всех пациентов был использован фибринолитик тенектеплаза (метализе) в дозе, рассчитанной исходя из веса пациента. Метализе – это единственный фибринолитик, который имеет более длительный период полувыведения из организма, что позволяет использовать его в виде однократного болюса в условиях бригады скорой медицинской помощи.

На госпитальном этапе в отделении реанимации и интенсивной терапии в 2016 – 2018 гг. в 278 случаях (98%) из 283 для проведения системного тромболизиса использовался препарат алтеплаза (актилизе) в стандартной дозе 100 мг, введенной по схеме согласно инструкции. В 5 случаях (2%) использовался препарат фортелизин. Алтеплаза обладает более высокой тромболитической активностью, способна разрушать фибрин длительно существующих тромбов и, таким образом, является наиболее эффективным

препаратом.

Мы изучили осложнения, развившиеся у пациентов, которым проводился системный тромболизис. Оценивались любые осложнения, и по этим данным была составлена диаграмма (Рис.5).

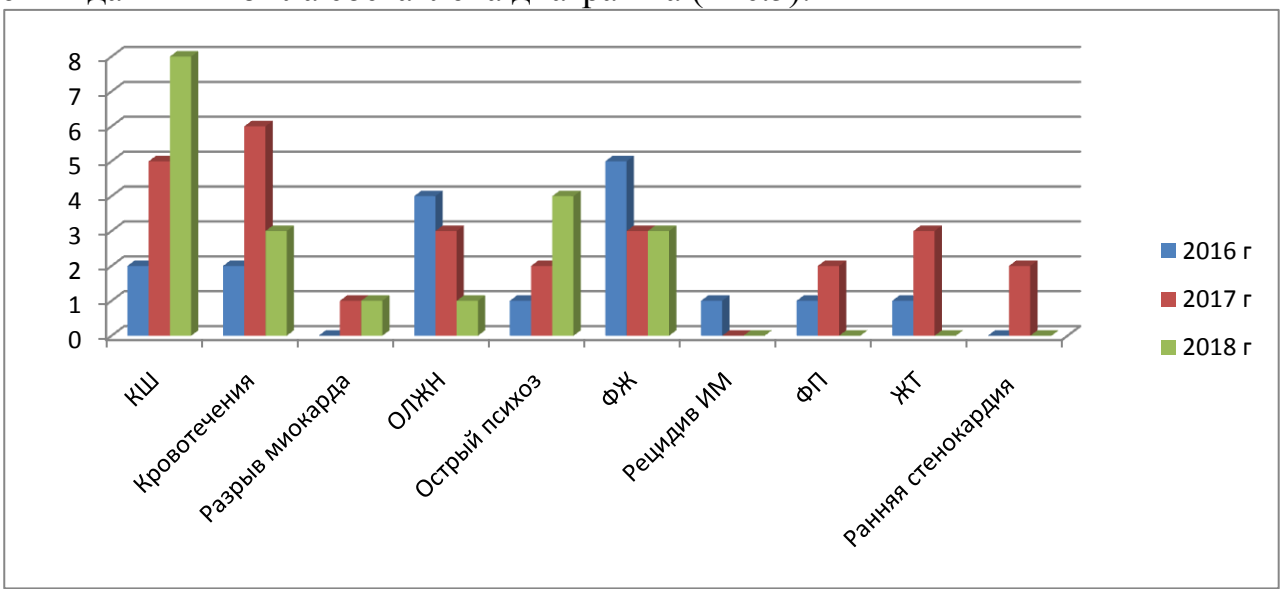


Рис. 5 Осложнения у пациентов, которым проводиласьТЛТ

Самым частым осложнением был кардиогенн шок (35% всех осложнений), на втором месте кровотечения разной локализации (20%), на третьем – фибрилляция желудочков (15%).

Проведен анализ дальнейшего ведения пациентов с острым инфарктом миокарда после системного тромболизиса. В 2016 году все пациенты продолжили лечение в палатах интенсивной терапии кардиологического отделения. Начиная с 2017 года пациенты, имеющие показания для проведения ЧКВ, переводились в региональный сосудистый центр г. Саратова для выполнения коронарографии с возможным стентированием коронарных артерий в отсроченном порядке (фармакоинвазивная стратегия). Фармакоинвазивная стратегия – это вторая предпочтительная стратегия реперфузии при ОИМпST после первичного ЧКВ (рис. 6).

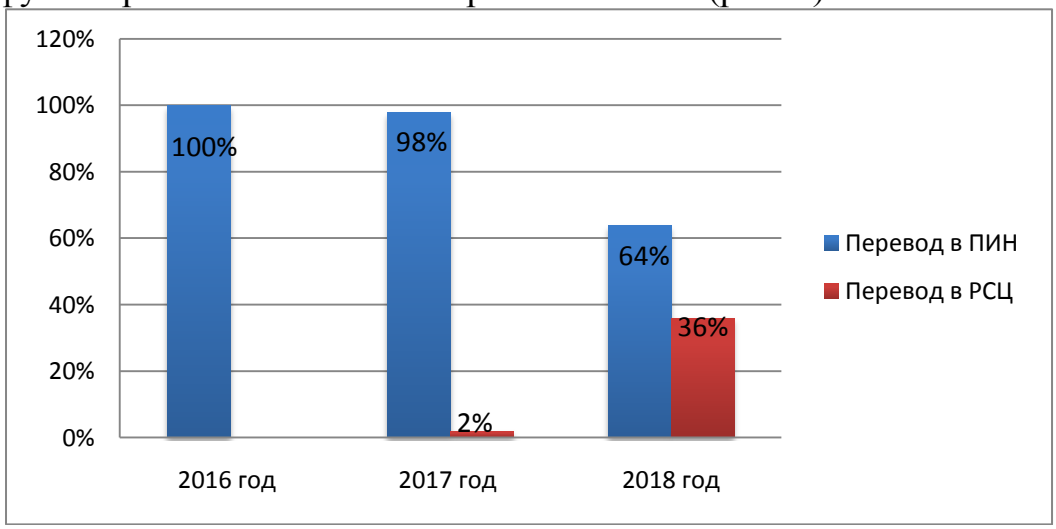


Рис.6 Ведение пациентов после ОРИТ

Таким образом, за последние 3 года в г. Балаково стала чаще

применяться медикаментозная реперфузия в лечении инфаркта миокарда, в том числе на догоспитальном этапе, повысилась ее эффективность, наблюдается рост числа госпитализируемых в региональный сосудистый центр г. Саратова.

Фармакоинвазивная стратегия и отсроченное ЧКВ у больных с инфарктом миокарда оказывают благотворное влияние на такие события в отдаленном периоде, как смерть и рецидив инфаркта миокарда.

Литература

1. Аверков О.В., Павликова Е.П., Тюлькина Е.Е. Место системного тромболизиса в современной реперфузионной терапии инфаркта миокарда. Российский кардиологический журнал, 2014, 9(113): 77-83.
2. ВНОК. Национальные клинические рекомендации: сборник рекомендаций / Р. Г. Оганов, М. Н. Мамедов. — М.: Меди-Экспо, 2009.
3. Внутренние болезни: Учебник. – 6-е изд., перераб. и доп. / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. – М.: ГЭОТР-Медиа, 2013. – 768 с.
4. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 848с.
5. Клинические рекомендации МЗ РФ «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы». Москва, 2013. 152 с.
6. Лечение пациентов терапевтического профиля: учебник / В. М. Нечаев, Л. С. Фролькис, Л. Ю. Игнатюк [и др.]. – М.: ГЭОТАР -Медиа, 2017. – 864 с.
7. Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 июля 2016 г. № 457н.
8. Российское кардиологическое сообщество [электронный ресурс]. — Режим доступа: scardio.ru.

НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И СКОЛИОЗА - УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Колдынина А.Р.
обучающаяся 2 курса
научные руководители:
Шагина Т.М., Родькина Е.П.,
Преподаватели,
ГБПОУ «АМК», г.Арзамас

По данным Минздрава России у 50% детей школьного возраста отмечаются отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата. В основном это связано с дефицитом двигательной активности. С первых лет обучения в школе двигательная активность снижается на 50% и в дальнейшем продолжает падать. Нарушения осанки являются одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у

детей и подростков. Возникшие заболевания создают благоприятные условия для возникновения ряда других функциональных и морфологических расстройств здоровья в детстве, а также впоследствии оказывают отрицательное влияние на течение многих заболеваний у взрослых. По некоторым данным, число детей с нарушениями осанки достигает 30 - 60 %. Для предупреждения дефектов осанки необходимо использовать профилактические мероприятия, начиная с детского возраста [3,с.8]. Поэтому проблема нарушения осанки в наше время становится все более актуальной и начинает представлять социальную угрозу для здоровья людей.

Цель работы: Изучить структуру нарушения осанки и сколиоза у детей.

Осанка - это положение тела, при котором в норме нагрузка на позвоночник распределяется равномерно. Нарушения в осанке проявляются не только внешними признаками, но и способствуют возникновению заболеваний, снижают устойчивость организма к физическим нагрузкам, снижается иммунитет [3, с. 11].

У новорожденных позвоночник не имеет изгибов, если смотреть сбоку видно незначительную дугу позвоночника, со стороны спины - нет искривлений, изгибов, все складочки должны находиться симметрично, на одном уровне. При нарушениях в осанке ребенок часто лежит в С-образной позе, появляются дополнительные складочки, поворачивает голову в одну сторону и другие нарушения.

В более старшем возрасте, если смотреть на осанку здорового человека со спины, все линии должны быть симметричны, позвоночник ровный, при наклоне вперед ребра, таз, другие части тела находится на одной линии одинаково. Если смотреть на осанку здорового человека сбоку, спина имеет характерные изгибы, степень выраженности этих изгибов, направление в котором они находятся - характеризируют осанку.

Формирование осанки:

1 этап: Маленькие дети осанкой не обладают - физиологические изгибы позвоночника у них отсутствуют. В процессе роста формируется двигательный стереотип. Первые элементы сегментального выравнивания появляются в младшем школьном возрасте. В 6-9 лет осанка еще неустойчива. Часто определяется избыточный прогиб в поясничном отделе позвоночника, торчащие лопатки и выступающий живот. В данном возрасте эти признаки являются нормой.

2 этап: Важный период формирования осанки - от 8 до 17 лет. Малейшие отклонения в развитии осанки в данный период могут привести к деформациям конечностей и позвоночника. В этом возрасте "закладываются" будущие патологии суставов и позвоночного столба.

3 этап: Устойчивая осанка в старшем школьном возрасте. Окончательное формирование осанки совпадает с прекращением роста скелетных костей, созревания нервной системы и формирования устойчивого двигательного стереотипа - с 18 до 23 лет. Окончательное образование изгибов позвоночника, свода стопы, выравнивание нижних конечностей [3, с. 15].

Здоровый позвоночник имеет изгибы в форме буквы «S», которая

помогает ему выдерживать вертикальную нагрузку в положении стоя. Естественные изгибы позвоночника формируются в младенческом возрасте:
В шейном отделе - изгиб вперед (шейный лордоз).
В грудном отделе - изгиб назад (грудной кифоз).
В поясничном отделе - изгиб вперед (поясничный лордоз).
В крестцово-копчиковом отделе - изгиб назад (крестцовый кифоз) [2, с. 5].

Осанка человека зависит от анатомических, физиологических и социальных факторов.

Анатомические факторы - форма позвоночника, его расположение относительно передней срединной оси тела, выраженность физиологических изгибов, мышечные деформации. Функция позвоночника, его строение и его осанка зависят от расположения в пространстве таза, от угла наклона. При увеличении угла наклона таза, усиливается поясничный лордоз. Живот выпячивается вперед. К факторам относятся связи позвоночника, пояса верхних конечностей и тазового, развитие мускулатуры.

Физиологические факторы - темпы и характер индивидуального развития двигательных навыков, применяемых специальных физических упражнений для осанки и систематичность их использования, уравновешенность основных нервных процессов возбуждения и торможения.

Осанка ребенка может меняться, несмотря на относительную стабильность анатомических факторов.

В младшем школьном возрасте осанка имеет не устойчивый характер. При усиленном росте в длину, проявляется неодновременное развитие костного, суставно-связочного аппарата и мышечной системы. Поза ребенка не устойчива, необходимая для длительного сохранения статистического напряжения мышц, психологическая и физиологическая работоспособность недостаточна.

Подвижность связочного аппарата позвоночника высокая, что затрудняет формирование осанки у детей младшего школьного возраста [2, с. 10].

Нарушения осанки - изменения физиологического положения позвоночника, обусловленные структурными и функциональными изменениями в опорно-двигательном аппарате. Нарушения осанки проявляются сутулостью, асимметрией позвоночника, болями в грудной клетке или спине, головными болями, астеновегетативным синдромом. Нарушения осанки - это различного рода деформации позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскости. Нарушения осанки встречаются: 2,1 % детей раннего возраста; 15-17 % дошкольников; 33% учащихся средней школы; 67 % старших школьников.

Дефектом осанки считается увеличенный грудной кифоз, приводящий к сутулости, или увеличенный поясничный лордоз, проявляющийся выпячиванием таза кзади, а живота кпереди.

При дефектах осанки голова часто наклонена вперед, плечевые суставы приведены так, что грудная клетка кажется запавшей. Такая осанка характерна для подростков в период полового созревания. Девочки

сутулятся, стараясь спрятать растущую грудь. Мальчики, быстро прибавляя в росте, «превращаются» в долговязых, худощавых или тощих подростков с поникшей головой, сутулой спиной и непомерно длинными руками [4, с. 31].

Дефекты осанки могут носить врожденный или приобретенный характер.

Врожденные нарушения осанки связаны с внутриутробным нарушением формирования позвоночника (клиновидной деформацией позвонков, образованием дополнительных позвонков), дисплазией соединительной ткани, миотоническим синдромом, грудной клетки и рёбер, таза и тазобедренных суставов и ног. К нарушению осанки могут приводить родовые травмы, прежде всего, подвывих I шейного позвонка (травма атланта), кривошея.

Приобретенные нарушения осанки встречаются в 90-95% случаев и выявляются у детей, имеющих астеническое телосложение. Причинами, приводящими к нарушению осанки, могут быть неблагоприятные социально-гигиенические условия: недостаточная физическая активность (гипокинезия), несоответствие учебной мебели (стола, стула) росту ребенка и низкая освещенность рабочего места, ношение портфеля в одной и той же руке и пр. Эти факторы способствуют длительной неправильной фиксации положения и выработке навыка патологической установки тела. Приобретенные нарушения осанки формируются вследствие рахита, туберкулеза, полиомиелита, переломов позвоночника, остеомиелита, вальгусной деформации стопы, плоскостопия, остеохондропатии, деформирующих рубцов на спине, укорочения одной конечности и др. Дети, страдающие близорукостью, астигматизмом, косоглазием или тугоухостью, вынужденно принимают неправильную позу во время учебы, для компенсации дефекта зрительного или слухового восприятия.

Предрасполагающими факторами служат слабость мышечного корсета или отдельных мышечных групп, неправильный режим, гипотрофия или ожирение, соматическая ослабленность ребенка, недостаток поступления в организм микроэлементов и витаминов, привычки сутулиться или втягивать голову в плечи, ходить с низко опущенной головой, долгое сидение за партой, за столом, за компьютером, все это приводит к нарушению осанки. [2, с. 12].

Психологический фактор: сутулость - рефлекторная пассивно-оборонительная поза, заложенная в нас миллионами лет эволюции. На уровне врожденных инстинктов это попытка сжаться, спрятаться, стать менее заметным. Поза подчинения более сильному. Многие психоэмоциональные заболевания и неврозы напрямую связаны с нарушением осанки [3, с. 58].

Выделяют нарушения осанки двух видов: в сагиттальной и фронтальной плоскости.

Нарушения осанки в сагиттальной плоскости характеризуются неправильным соотношением физиологических изгибов позвоночника:

- уплощение всех изгибов позвоночника. Грудная полость смещается

вперед, живот выпирает. Опасность - при движениях толчки не амортизируются (нет изгибов), передаются прямо на основание черепа и головной мозг - повышается риск повреждения (плоская спина);

- уплощение кифоза грудного отдела при нормальном или увеличенном поясничном лордозе. Таз смещается кзади, ноги полусогнутые или переразгибание в коленях, лопатки крыловидные (плоско-вогнутая спина);
- увеличением грудного кифоза с уменьшением поясничного лордоза (сутуловатость) Симптомы - приведение плечевых суставов, крыловидные лопатки, согнутая голова;
- увеличением грудного кифоза наряду с практически полным сглаживанием поясничного лордоза. Крайне выраженная сутулость. Перемещается центр тяжести, чтобы не упасть, ходит на полусогнутых ногах. Другие признаков - наклон таза меньший, голова согнута, плечи приведены, крыловидные лопатки, руки свисают, живот выпучен (круглая спина, кафолическая осанка);
- увеличением всех физиологических изгибов позвоночника. Ноги полусогнуты или переразогнуты в коленных суставах, лопатки крыловидные, голова выдвинута вперед, плечи приведены, живот выпучен (кругло-вогнутая спина, кифолордотическая осанка) [3, с. 142].

Определяющим признаком нарушений осанки во фронтальной плоскости (сколиотической осанки) служит асимметрия правой и левой половины туловища. В отличие от сколиоза, при нарушении осанки во фронтальной плоскости асимметрия позвоночника исчезает в положении лежа, отсутствует торсия позвонков, указывает на функциональный характер деформации.

Степень нарушения осанки:

I степень - незначительные изменения осанки, устраняются целенаправленной концентрации внимания ребенка.

II степень - выраженные деформации, устраняются разгрузкой позвоночника в горизонтальном положении или поддерживании ребенка за подмышечные впадины.

III степень - деформации позвоночника, невозможно устранить путем разгрузки позвоночника.

У дошкольников наблюдаются нарушения осанки I-II степени; в школьном возрасте - II-III степени.

Сколиотическая осанка - нарушение во фронтальном направлении. Боковое искривление позвоночника, все симметрические линии тела нарушены. Отличие, сколиотической осанки от сколиоза - отсутствие поворотов позвонков вокруг своей оси.

Группы сколиозов:

1. Дискогенный возникает при нарушении обмена в соединительной ткани. Изменяется структура позвонков, ослабевает связь межпозвоночного диска с телами позвонков. В этом месте происходит искривление позвоночника, смещение диска, напряжение мышц туловища и связок, приводит к сколиозу.

2. Статический сколиоз возникает при асимметричной нагрузке на позвоночник из-за врожденной или приобретенной асимметрии тела.
3. Паралитический сколиоз развивается из-за асимметричного поражения мышц или их функциональной недостаточности.
4. Структурный сколиоз - изменение структуры позвонков. Представлен клиновидной деформацией, торсией позвонков.
5. Функциональный сколиоз (неструктурный) - обратимое, укороченное растяжение связок мышц, асимметрия мышечного тонуса, начальные стадии формирования мышечных контрактур, функциональные блоки межпозвонковых суставов. [1, с. 124].
I степень сколиоза - по методу Кобба - простая дуга искривления. Небольшая асимметрия частей туловища: лопаток, надплечий, треугольников талии. В положении лежа, искривление линии остистых отростков сохраняется.
II степень сколиоза - появление компенсаторной дуги искривления. Асимметрия частей туловища более выраженная, большое отклонение корпуса в сторону.
III степень сколиоза. Позвоночный столб имеет не менее двух дуг. Грудная клетка резко деформирована, кзади на выпуклой стороне дуги искривления позвоночника образуется задний реберно-позвоночный горб.
IV степень сколиоза. Деформация позвоночника и грудной клетки становится грубой и фиксированной. Выражены передний и задний реберные горбы, деформация таза, грудной клетки.

10% всех сколиозов бурно прогрессируют. Особенно опасен в пубертатный период развития ребенка, т.к происходит бурный рост скелета. При отсутствии лечения прогрессирование болезни увеличивается в 4-5 раз, поэтому необходим контроль за ростом ребенка [1, с. 21]. Для формирования правильной осанки необходимо создание рациональной среды в образовательных учреждениях и дома, занятиям физической культурой и ЛФК.

Литература

1. Абальмасова Е.А.,Хаджаев Р.Р. Сколиоз. - Ташкент, 1995 - 200 с.
2. Беленький В.Е. Механизм образования деформации позвоночника при сколиозе// Ортопедия, травматология и протезирование. -2002.-№ 3.-с. 20 - 27.
3. Кашин, А.Д. Сколиоз и нарушение осанки / Минск: НМ Центр, 2008. - 240 с.
4. Ловейко И.Д. Лечебная физическая культура у детей при деформации осанки, сколиозах и плоскостопии- Л.: Медицина, 2012. - 143с.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ УПОТРЕБЛЕНИЯ

Кричевская Н.В.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Арбузова А.А.,
преподаватель фармакологии, к.в.н.,
ГБПОУ НО НМК, г. Н. Новгород

Актуальность темы. Психоактивные вещества (ПАВ) знакомы людям уже несколько тысяч лет. Их потребляли люди разных культур и в разных целях: во время религиозных обрядов, для восстановления сил, для изменения сознания, для снятия боли и неприятных ощущений, но широкое применение ПАВ получили в медицине. Под ПАВ понимают любое вещество (или смесь) естественного или искусственного происхождения, которое влияет на функционирование центральной нервной системы, приводя к изменению психического состояния, иногда вплоть до изменённого состояния сознания (например, эйфория). Психоактивные вещества входят в состав более сотни лекарственных препаратов. Они могут быть растительного, искусственного и комбинированного происхождения.

Проблема злоупотребления психоактивными веществами одна из острейших проблем современного российского общества. В последнее время увеличилось употребление психоактивных веществ. Это явление приобретает характер эпидемии. Основными потребителями является молодежь, которая сама находится в весьма сложном положении в результате явлений нашей жизни.

Это, прежде всего, социально-экономический кризис, который очень влияет на уровень жизни. В условиях социально-экономической нестабильности несформированные системы ценностных ориентаций, риск приобщения к наркотикам особенно велик у тех подростков, которые имеют негативный жизненный опыт, живут в неполных семьях, попали в компанию пьющих или курящих сверстников, тех, кто уже пробовал или эпизодически употреблял наркотики.

Становится очевидным, что проблема употребления подростками психоактивных веществ чрезвычайно актуальна [2].

Цель исследований – изучение влияния психоактивных веществ на организм человека и разработка основных принципов профилактики социокультурной зависимости от употребления психоактивных веществ.

Основные задачи исследований: изучить обзор литературных данных по основным видам психоактивных веществ; провести анкетирование среди студентов образовательного учреждения среднего профессионального образования по выявлению знаний о психоактивных веществах и причин социокультурной зависимости от употребления психоактивных веществ;

разработать схему профилактических мероприятий, направленных на профилактику социокультурной зависимости от употребления психоактивных веществ.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе образовательного учреждения среднего профессионального образования в течение 2017-2018 учебного года. В анкетировании приняли участие 33 человек (студенты 1 курса) в возрасте от 17 до 21 года. В работе использованы описательно-исторический, статистические методы исследования.

Результаты исследований.

Экономическая нестабильность, утрата молодежью ясных жизненных перспектив привели к тому, что в употреблении психоактивных веществ началось массовое вовлечение самой уязвимой перед этим злом части населения – это дети и подростки [1].

А все ли обучающиеся знают, что такое психоактивные вещества? При этом 26 человек ответили утвердительно, что составило 78,8% от числа опрошенных, тогда как 6 человек (18,2% от числа опрошенных) остаются в неведении или путают понятия ПАВ. Основную информацию обучающиеся получают из фильмов, сериалов, где идет чаще пропаганда положительных эффектов наркотических веществ еже ли показываются негативные последствия от употребления.

При этом, эти же 78,8 % от числа опрошенных отмечают, что наркомания – это болезнь. Коварство наркоманий в том, что даже если привыкание не возникает мгновенно, и первые приемы наркотика, казалось бы, проходят без вреда, а иногда забываются, – его повторные приемы (которые обычно не заставляют себя долго ждать) быстро подчиняют волю человека и вызывают желание вновь и вновь принимать наркотик.

Мы спросили респондентов, «согласны ли Вы с мнением, что опасны только «тяжелые» наркотики, а «легкие» -не опасны?». При этом 25 человек, что составило 75,6% от числа опрошенных, считают, что опасны «легкие» наркотики: конопля, мескалин, псилоцибин и ЛСД. Термин легкие наркотики обычно используются для индийской конопли (марихуана или гашиш), поскольку он не связан со смертельными случаями или преступлениями, или насилием среди пользователей, не существует доказательств того, что он вызывает физическую зависимость. Некоторые психоделические наркотики, такие как псилоцибин и ЛСД, также считаются легкими наркотиками, потому что нет никаких доказательств того, что они вызывают физическую зависимость, и при их использовании невозможна передозировка, но есть риски для здоровья, связанные с их применением.

2 человека, что составило 6,1% от числа опрошенных, считают, что опасны «тяжелые» наркотики: героин, морфин, кокаин и метамфетамин. Препараты этой группы чаще всего являются причиной физической зависимости, существует большая вероятность передозировки, и создают целый ряд рисков для здоровья, включая смерть.

3 человека (9,1% от числа опрошенных) -затруднились ответить.

Респондентам был задан вопрос: «Наркотические вещества могут быть полезны обществу?». При этом 22 человека, что составило 66,7% от числа опрошенных считают, что наркотические вещества не полезны обществу. А как же применение наркотических веществ в медицине?

Для снятия сильной боли врачи применяют морфин и некоторые другие морфиноподобные препараты. Вероятно, опиоидные болеутоляющие препараты могли бы и чаще использоваться для облегчения страданий хронически или безнадежно больных, если бы не опасения врачей и пациентов, что длительное назначение опиатов обязательно приведет к формированию зависимости. Как показывают современные исследования, такие опасения преувеличивают реальную опасность, но, тем не менее, часто оказываются определяющими в выборе обезболивающего препарата.

Для подавления кашля можно использовать различные опиоидные препараты (чаще всего применяют кодеин, поскольку он практически не вызывает пристрастия). Есть отдельные данные, что опиатные препараты (бупренорфин) оказывают положительное воздействие в лечении резистентных депрессивных состояний.

На вопрос «Вы хотя бы раз в жизни пробовали какой-нибудь наркотик?», 3 человека ответили утвердительно, что составило 9,1% от числа опрошенных. При это отметили, что это были курительные смеси, и пробовали они их только один раз. Курительные смеси или спайс в последние годы приобрели широкую популярность среди молодежи, особенно в подростковой среде. Спайс - это травяная смесь, включающая в себя синтетические психоактивные компоненты. Травы, содержащиеся в курительной смеси, считаются безвредными, сами по себе они не способны дать выраженное наркотическое воздействие. Для его достижения травяная смесь обрабатывается JWH-018 и CP-47,497 компонентами, которые влияют на организм аналогично марихуане или конопли. Эти вещества являются каннабиноидами, несущими серьезный психотропный эффект.

Спайс негативно влияет на ранимую психику подростков, разрушая массу нервных клеток. Это может сопровождаться приступами панического страха, повышенной тревожностью, галлюциногенными реакциями и пр.

Физическое здоровье подростка также испытывает серьезные нагрузки. Курительные смеси разрушающе влияют на печень, бронхолегочную систему, состав крови и состояние головного мозга. Первым от употребления спайса страдает мозг человека, испытывая выраженное кислородное голодание, что непременно отразится на интеллектуальных способностях подрастающего поколения. Кроме того, спайс воздействует и на формирующуюся гормональную систему подростков. У девушек он вызывает нарушение менструального цикла, сбои в эндокринной системе с последующим бесплодием. У юношей спайс негативно отражается на потенции.

На вопрос «как Вы считаете, почему люди начинают принимать наркотики?», 15 человек, что составило 45,5% от числа опрошенных, ответило – «любопытство», 14 человек, что составило 42,4% от числа

опрошенных, ответило – «влияние друзей и окружающих», 4 человек (12,1% респондентов) -затруднилось ответить на данный вопрос (рис. 1).

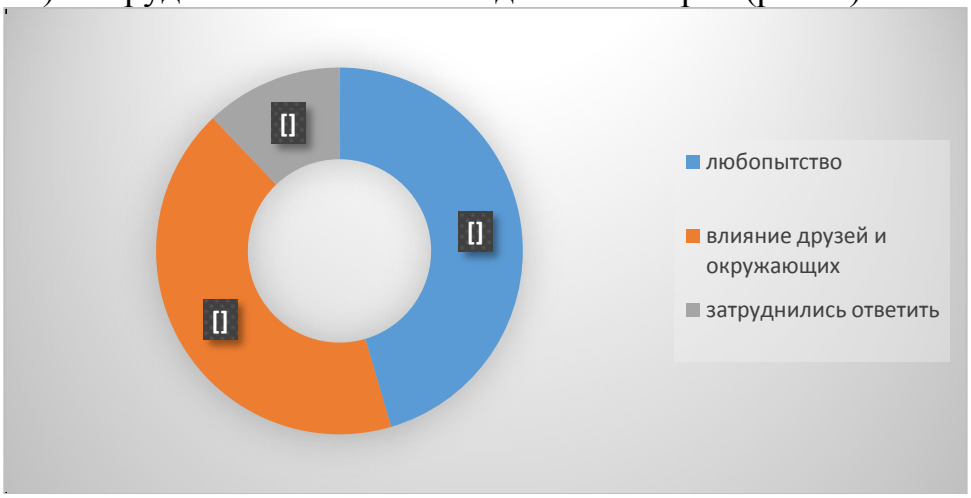


Рис. 1. Линейно-радианная модель причин употребления психоактивных веществ на основании опроса респондентов (n=33)

В наше время планка культурного, образовательного уровня страдающих наркотической зависимостью значительно снизилась, и сейчас страдающий наркоманией – это часто недоучившийся студент или безработный выпускник колледжа, а то и просто бросивший школу ученик старшего класса, вымогающий у матери деньги (нередко последние) на приобретение наркотиков. Есть, впрочем, и другая категория людей, употребляющих наркотики. Это состоятельные люди, употребляющие элитные дорогие наркотики (например, кокаин). Их прием начинают как дань моде, но быстро попадают в тенета наркотической зависимости.

Нередко формирование наркотической зависимости уходит корнями в ближайшее окружение будущего больного – его семью. Предрасположенные к наркоманиям часто растут в так называемых неполных семьях, где отсутствуют отцы, а также в семьях, где один из родителей (или оба) злоупотребляют алкоголем. Неправильное воспитание (недостаток внимания со стороны родителей или избыток его, выражающийся в излишней опеке, заласкивании ребенка) может в дальнейшем, вместе с другими упоминаемыми нами обстоятельствами, стать побуждающим фактором в формировании наркотической зависимости. В этой связи определенную отрицательную роль могут сыграть неровные, конфликтные или неприязненные отношения между родителями. Отсутствие семьи, беспризорность, к сожалению, приобретающая все большие размеры в нашей стране, тоже является серьезным, как теперь говорят, фактором риска возникновения наркотической зависимости. Одним словом, есть множество причин, которые в отдельности, а чаще соединяясь вместе, могут привести к этим тяжелым и распространенным заболеваниям.

Выводы:

1. Психоактивные вещества - это не только медицинские препараты, но и социоактивные продукты, которые при введении в организм человека могут изменять восприятие, настроение, способность к

познанию, поведение и двигательные функции.

2. Любопытство, влияние друзей и окружающих – основные индивидуально-психологические причины употребления психоактивных веществ в детском и юношеском возрасте.
3. Влияние СМИ – одна из социальных причин употребления психоактивных веществ в детском и юношеском возрасте.

Практические предложения.

Предлагаем схему-модель профилактики применения психоактивных веществ в условиях конкретного образовательного учреждения (схема 1).

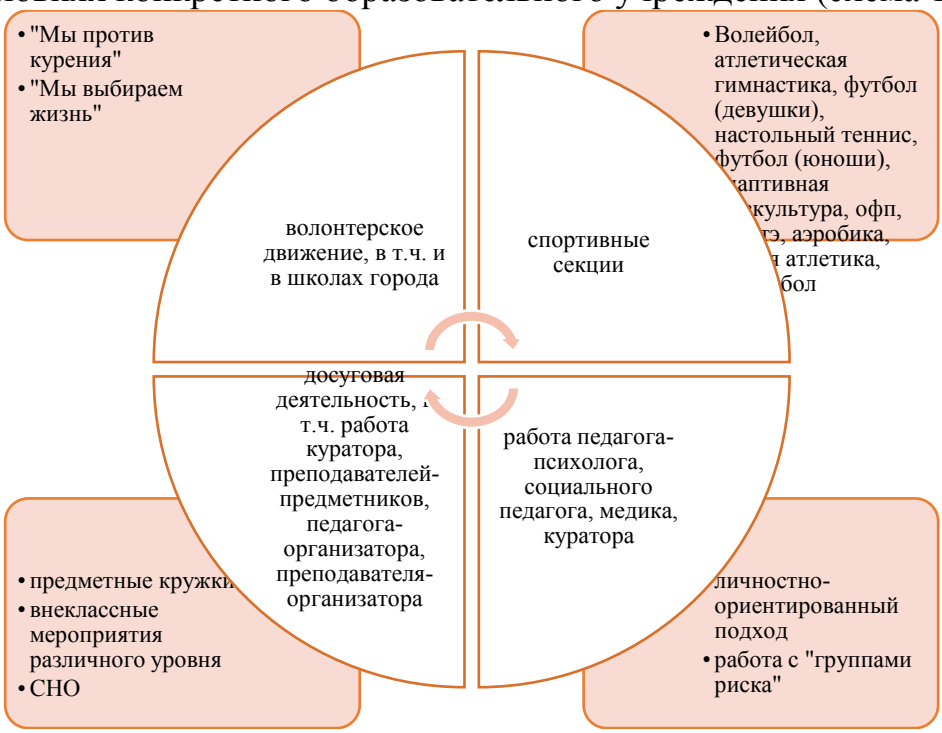


Схема 1. Модель профилактики применения психоактивных веществ обучающимися в условиях образовательного учреждения

Предлагаемая схема работы не должна рассматриваться как некий неизменный алгоритм. Она может значительно видоизменяться в зависимости от каждого конкретного случая.

Литература:

1. Калинина Т. В., Маслова М. В. Изучение проблемы профилактики употребления студентами СПО психоактивных веществ // Молодой ученый. - 2014. - №21.1. - С. 101-103
2. Концептуальная программа профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков и молодежи. - М., Российский благотворительный фонд “НАН”, 1999.

ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ

Куршин М.Ю.
обучающийся 2 курса
научный руководитель
Захарова С.Г.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМГК», г. Сызрань

В пищевой промышленности применяется большая группа веществ, которые принято называть ***пищевыми добавками***. Под этим термином объединяют классы веществ природного или синтетического происхождения, которые чаще всего используются для сохранения требуемых или придания новых свойств, повышения стабильности и улучшения органолептических свойств пищевых продуктов. Пищевые добавки давно стали неотъемлемой частью нашей жизни, но далеко не все пищевые добавки безвредны для нашего организма, поэтому применение таких веществ допустимо только в том случае, если даже при длительном использовании они не угрожают здоровью человека

Актуальность данной работы заключается в возможности предостережения от потребления в пищу продуктов с содержанием наиболее опасных пищевых добавок.

Цель работы: выявить наличие пищевых добавок в составе ряда распространённых продуктов питания, которые любят дети и степень информированности обучающихся о влиянии данных веществ на организм.

Объект исследования: пищевые продукты, наиболее часто употребляемые обучающимися (конфеты, кондитерские изделия, газированная вода, жевательная резинка)

Задачи:– выявить наличие пищевых добавок, обозначенных кодом Е, в составе ряда продуктов питания;

– выяснить характер влияния данных веществ на организм человека;

– установить степень информированности обучающихся о применяемых пищевых добавках;

– разработать и провести цикл разъяснительных бесед с обучающимися.

Самой первой пищевой добавкой стала обыкновенная поваренная соль (*NaCl*), но даже от неё у человека могут появиться довольно неприятные последствия: содержание натрия в крови увеличивается, что приводит к уменьшению процентной доли калия, кальция и магния. В такой пропорции соединения начинают действовать как адреналин. Воздействуя на нервные клетки возбуждающе, соединение приводит к общему расстройству нервной системы.. Все без исключения ткани и органы накапливают ненужное количество хлора и натрия. Всего этого можно избежать, если соблюдать суточную норму, а именно *5 граммов* в день, по такому же принципу работают и другие пищевые добавки: при чрезмерном употреблении они вызывают проблемы и сбои в работе систем органов, тем самым принося

вред всему организму. Больше всего соли содержится в квашеной капусте (29% суточной нормы), смесях орехов (12% суточной нормы), консервированных оливках (32% суточной нормы), сыре (78% суточной нормы), горчице (49% суточной нормы), соевом соусе (240% суточной нормы) и жаренных семечка (до 260% суточной нормы).

Сейчас, в наши дни, количество пищевых добавок достигает отметки более 500-сот, в это число входят и пищевые добавки, запрещённые в России и многих других странах мира.

Пищевые добавки можно разделить на 6 видов:

Е100-Е182 – **красители** - усиливают или восстанавливают цвет продукта;

Е200-Е299 – **консерванты**– увеличивают срок хранения продуктов, защищая их от микробов и грибков;

Е300-Е399 – **антиокислители** – защищают продукты от окисления;

Е400-Е499 – **стабилизаторы** - сохраняют необходимую консистенцию продуктов, загустители - повышают вязкость;

Е500-Е599 - **эмульгаторы** - создают однородную смесь, например, масла и воды;

Е600-Е699 - **усилители вкуса и аромата**;

Е700 - Е800 - запасные индексы;

Е900-Е999 – **пеногасители** - предупреждают или снижают образование пены, придают продуктам приятный внешний вид.

Не все пищевые добавки являются вредоносными для человека, многие из них нейтральны для человека, если не превышать их суточную норму, а некоторые и вовсе оказывают полезное влияние на организм, например Куркумин (Е100) – это краситель природного происхождения, химическая формула: $C_{21}H_{20}O_6$. Куркумин является антиканцерогеном, то есть он вызывает распад раковых клеток, не затрагивая здоровые, так же он улучшает работу иммунной системы, ускоряет метаболизм. Куркумин содержится в кондитерских изделиях – леденцах, карамельках, а также в соусах «Calve», драже «Тик-Так», кофе «Чёрная карта» и др.).

Так же полезной добавкой является Рибофлавин (Е101) – это краситель природного происхождения, химическая формула: $C_{17}H_{20}N_4O_6$. Польза Рибофлавина заключается в том, что он улучшает усвоение белков и углеводов, которые мы получаем из еды, и стимулирует обмен жиров, так же без него невозможен синтез некоторых ферментов, он участвует в выработке эритроцитов и некоторых антител. Рибофлавин содержится в детских кашах, хлебе, арахисовом масле, а также в энергетике «Ред булл», приправе к мясному фаршу «Galeo» и др.).

Рассмотрим вредоносные пищевые добавки. Кармуазин или Азорубин (Е122) – это краситель, который получают синтетическим путём, химическая формула: $C_{20}H_{12}N_2Na_2O_7S_2$. Данная пищевая добавка запрещена к применению в США, Швеции, Норвегии, Австралии. При передозировке данной пищевой добавкой могут появиться приступы астмы, ложная аллергия, а также данная добавка является одной из причин СДВГ у детей. Данную пищевую добавку можно встретить в сиропах, сладких напитках,

кондитерских изделиях, джемах, соках и других продуктах питания (также Азорубин встречается в драже «M&M'S», бисквитных рулетах «Мастер Десерта» и др.).

Амарант (Е123) – это краситель синтетического происхождения, химическая формула: $C_{20}H_{11}N_2O_3Na_{10}S_3$. Данная пищевая добавка запрещена к применению в России, США. Чрезмерное употребление в пищу продуктов с содержанием этого вещества может вызвать сильную аллергическую реакцию, порок развития плода, бесплодие, также Амарант негативно влияет на работу печени и почек. Несмотря на запрет в России, данное вещество может иногда встречаться в кондитерских изделиях, сладких напитках, мясных, рыбных, фруктовых консервах.

Муравьиная кислота (Е236) – это консервант синтетического происхождения, химическая формула: CH_2O_2. Данная пищевая добавка запрещена во многих странах мира. Добавка оказывает хроническое токсичное воздействие на организм и вызывает повреждение мочевыводящих путей. Данное вещество можно встретить в содержании консервированных овощей, кислых рыбопродуктах, фруктовых продуктах (Муравьиная кислота содержится в сыре «Российский молодой» ТМ «Савушкин продукт» и др.).

Список вредоносных пищевых добавок можно продолжать очень долго, но на основании данных сведений можно сказать, что большинство вредоносных добавок вызывают аллергию, нарушение работы определённых систем органов, проблемы с сердцем, астму, СДВГ у детей и образование злокачественных опухолей.

На основании всего вышесказанного можно сделать следующие выводы:

- пищевые добавки используются при производстве практически всех продуктов питания;
- не все производители указывают наличие и маркировку используемых добавок в составе продуктов;
- большинство указанных веществ с индексом Е разрешено к применению, но выявлен ряд химических соединений, которые в той или иной степени наносят вред здоровью человека;
-большинство подростков не обращает внимания на состав употребляемых продуктов питания, поскольку не владеет информацией о веществах, использованных в процессе производства, но согласны с необходимостью получения подобных сведений и более ответственного отношения к выбору продуктов

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ НЕГРАМОТНОСТЬ НАНОСИТ ОГРОМНЫЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

Курчаева А.С., Лугаськова Е.В., Тюрина Е.А.,
обучающиеся 2 курса
научный руководитель
Корчина О.А.
преподаватель,
ГБПОУ Республики Мордовия
«Саранский медицинский колледж»,
г. Саранск

«Математика-сестра медицины»
Демокрит

Математика не является естественной наукой, но применяется во многих отраслях для точной формулировки их содержания и для получения новых результатов. Математика – это наука о структурах, порядке и отношениях, которая исторически сложилась на основе операций подсчёта, измерения и описания форм реальных объектов. Всем известно, что она является основой всех наук, которая предоставляет языковые средства другим наукам. Медицина долгое время развивалась на одной ступени с математикой, при этом оставалась практико-ориентированной наукой многие столетия, собирая по «крупинкам» теоретические аспекты [4, с. 90].

Медицина – это система научных знаний и практических мер, объединяемых целью диагностики, лечения и профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья и трудоспособности людей, продления жизни, а также облегчения страданий от физических и психических недугов [2, с. 56].

Математические методы широко применяются в медицине. Без знания азов математики нельзя разбираться в компьютерной технике, использовать возможности компьютерной томографии, рассчитывать индивидуальные показатели анализов человека. В медицинских образовательных учреждениях роль математики незначительна, поскольку на первый план выдвигаются медицинские и клинические дисциплины, а теоретические, в том числе математика, отодвигаются на задний план. Однако, любой врач или медицинский работник может подтвердить, что не раз вспоминал и использовал таблицу умножения, проценты, дроби. Хотя ценность математики в других науках нередко ставится под сомнение [3, с. 83].

Мы задались вопросом, что же объединяет эти две, на первый взгляд, совершенно разные науки? Почему являясь студентами медицинского колледжа на протяжении двух лет, мы изучаем некоторые разделы высшей математики? Сейчас мы попытаемся ответить на поставленные вопросы.

В рамках нашей работы мы провели социологический опрос. При помощи возможностей Google формы создали тест и представили результаты в виде круговой диаграммы. Анализируя результаты, мы можем подчеркнуть,

что даже студенты медицинского колледжа не смогли дать правильные ответы на, казалось бы, простые вопросы, что свидетельствует о том, что некоторые математические аспекты со временем стираются из памяти.

Приблизительно 76 человек ответили, что математика не является важной составляющей медицины (рис. 1), что, к нашему сожалению, очень печально; почти такое же количество человек не смогут самостоятельно рассчитать соотношение белков, жиров, углеводов в своем рационе (рис.2); около 100 человек не могут определить цену деления шприца (рис.3), следовательно, в экстренной ситуации не окажут необходимую помощь. Однако хочется отметить, что большая часть респондентов ответили на вопросы положительно.

Рисунок 1 Диаграмма ответов на вопрос

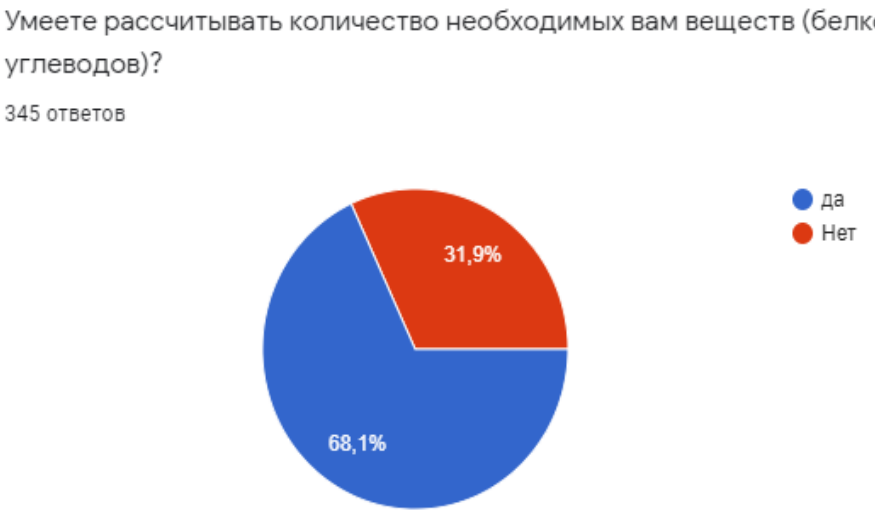


Рисунок 2 Диаграмма ответов на вопрос

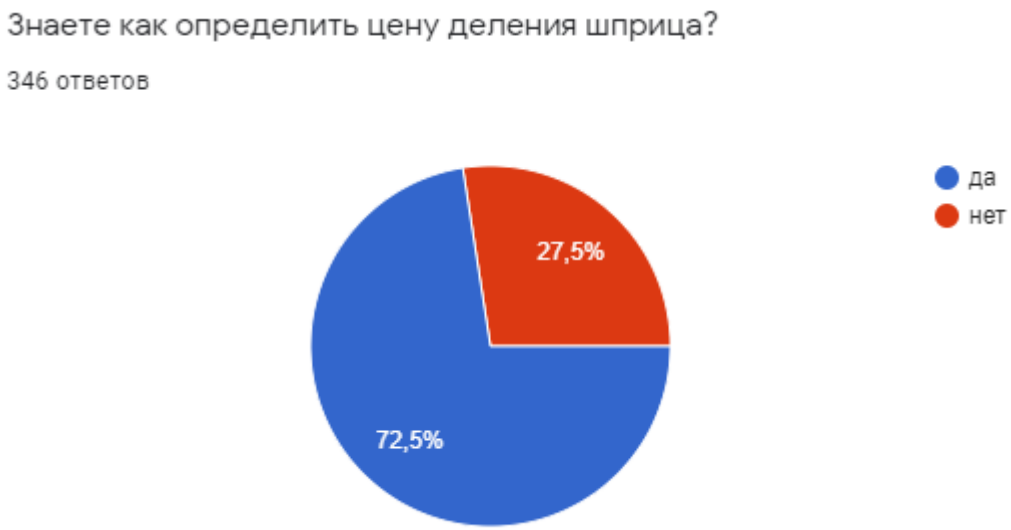


Рисунок 3 Диаграмма ответов на вопрос

Исходя из проведенного опроса, мы выяснили, что в современном мире люди чаще используют специальные программы и приложения, из-за которых они не прибегают к самостоятельным размышлениям, а ищут ответы на вопросы в гаджетах. Но бывают такие жизненные ситуации, когда нет времени искать помощь в смартфоне, нужно действовать быстро и незамедлительно. Следовательно, каждый из нас должен ориентироваться в этих двух науках, ведь мы не можем знать наперед, в каких обстоятельствах нам придется применить медико-математические знания.

Одним из аспектов медицинской неграмотности является математическая неграмотность. Она также распространяется в самолечении по интернет-ресурсам – люди больше доверяют непроверенным источникам. Мы, как будущие специалисты, подчёркиваем, что самолечение может быть использовано лишь при ограниченном числе незначительных недомоганий. Современное общество, не зная простых аспектов медицины, колоссально вредит своему здоровью! Например, при появлении малейших симптомов недомогания, люди прибегают к хаотичному приему лекарственных препаратов. Как показывает практика, многие интуитивно принимают лекарства, не учитывая дозу и побочные эффекты. Медицинские работники, благодаря математическим вычислениям, могут подобрать индивидуальные дозировки лекарственных средств, поэтому не стоит заниматься самолечением и доверять собственной интуиции, когда на кону стоит ваша жизнь [3, с. 70].

На основе вышеизложенной информации и проведенного социального опроса, можно сделать вывод, что математика и медицина тесно связаны друг с другом. Все медицинские открытия опираются на численные соотношения. С помощью математики медицинские работники ведут учёт статистики заболеваемости в зависимости от различных факторов, учёт численности соотношения доз и периодичности приёма лекарств. Численный учёт сопутствующих факторов, таких как: возраст, физические параметры тела, иммунитет и прочее [1, с. 23].

Мы уверены в том, что в дальнейшем взаимосвязь этих двух наук будет только укрепляться, и медицина без математики существовать не сможет.

Математика позволяет организовать быструю, чёткую и качественную работу медицинского персонала. В совокупности знания по математике и медицине упрощают не только работу медицинского персонала, но и жизнь каждого из нас.

Литература

1. Бесчастный А.А., Немцов А.В. Математические модели: сущность и применение / Журнал невропатологии и психиатрии, 2000. №4.-23с.
2. Будилова Е.В., Дрогалина Ж.А., Терехин А.Т. / Журнал общей биологии, 2005.-№2.-56с.
3. Леонов В.П., Ижевский П.В. Математика и медицина. / Международный журнал медицинской практики, 2005.-№4,78-90с.
4. Немцов А.В., Зорин Н.А. История математики. / Международный журнал медицинской практики, 2006.-№ 6.-90с.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ КАК ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОГО РЕЖИМА ДНЯ

Лабзина В.Н., Медкова Н.С.
обучающиеся 2 курса
научный руководитель
Зимина Т.А. ,
преподаватель,
ГБПОУНО НМК, г. Нижний Новгород

Биологические ритмы – это свойство живых организмов, которое обеспечивает их готовность встретить как предсказуемое, так и непредсказуемое воздействие. Биологические ритмы должны, с одной стороны, быть достаточно устойчивыми и по возможности независимыми от многочисленных случайных факторов, а с другой – все время подстраиваться к новой среде обитания, чтобы создать организму максимальные возможности для оптимальной адаптации. Подобные механизмы регулирования взаимоотношений со средой выработались в ходе эволюции как следствие закрепленных повторных временных внешних воздействий, в первую очередь воздействий геофизических факторов. Следует подчеркнуть, что наследуются только генетически обусловленные возможности. Для их реализации каждый организм должен строить свою личную систему временных отношений, формировать соответственные биоритмы, отличающиеся большей или меньшей амплитудой колебаний, так называемый индивидуальный биоритмологический портрет. Биоритмы в той или иной форме присущи всем живым организмам.

Существует несколько определений биологических ритмов.**Согласно**

одному из них:

- *биоритмы*– это регулярное, периодическое повторение во времени характера и интенсивности жизненных процессов, отдельных состояний или событий.

Для экологической физиологии человека подходит определение, в соответствии с которым *биологический* ритм – это самоподдерживающийся автономный процесс периодического чередования интенсивности и частоты физиологических процессов и реакций.

Цель данного исследования: изучить биологические ритмы и их влияние на жизнедеятельность человека.

Задачи:

- составить план исследования;
- изучить литературу о биоритмах;
- провести анкетирование студентов по вопросам информированности и субъективным параметрам биоритмов;
- провести исследование, в котором высчитать среднюю температуру и давление у студентов утром, днем и вечером;
- сделать выводы по анкетам и таблицам, подвести итоги работы.

Актуальность: так как студенты чаще всего не высыпаются и не могут правильно распределить силы в течение дня, им нужен особый распорядок, соответствующий их хронотипу, в котором будет указано лучшее время для сна, отдыха, занятий спортом и учебой, время для еды и прогулки. Такой график можно составить, используя сведения о своих биологических ритмах.

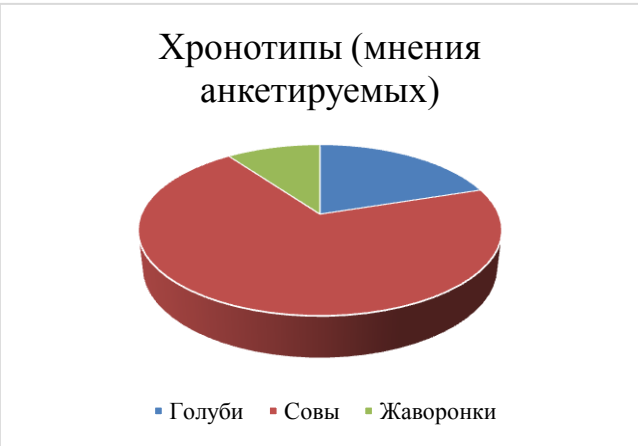
В связи с вышесказанным, было проведено анкетирование среди студентов в возрасте от 16-17 лет, учащихся в ГБПОУ НО НМК. По его результатам выяснилось, что 60% опрошенных не высыпаются и 50% спят менее 7 часов в сутки. Некоторые из них высыпаются только по выходным. У 60% во время сна в комнату попадает свет фонарей, вышек и прочий уличный свет, а 40% спят в темноте. 80% опрошенных имеют спокойный и крепкий сон, столько же могут проснуться без будильника, 20% имеют чуткий и тревожный сон и не могут проснуться самостоятельно. 60% испытывают упадок настроения в тех случаях, когда не высыпается, и у 40% недосып не оказывает значительного влияния на расположение духа. Практически все анкетируемые могут чувствовать себя бодрыми в течение дня, не спав всю ночь.

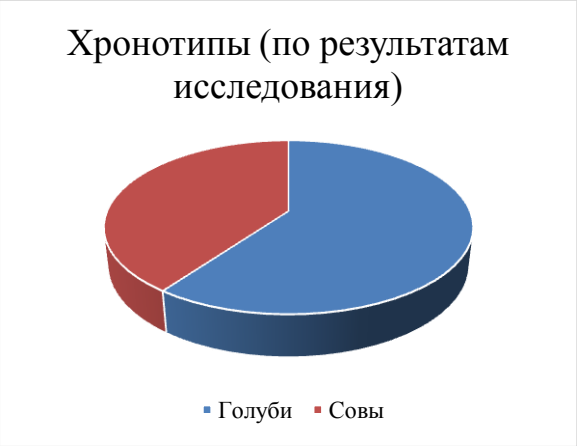
Половина студентов, принявших участие в опросе, не соблюдают режим дня, и 60% принимают пищу в одно и то же время суток. 70% занимается спортом, причем делают это в разное время суток (большинство – днем и вечером). 20% имеет проблемы с сердцем.

Практически всем опрашиваемым сложнее уснуть в зимний период, 40% впадает в осеннюю депрессию.

Как показал опрос, 10% исследуемых считают себя жаворонками, 70% совами, 20% голубями. Но, проведя дополнительное исследование по анкетам, выяснено, что все немного иначе. В группе 60% голуби и 40% совы,

любителей просыпаться рано не оказалось.





Анкета также включала вопросы на осведомленность о биологических ритмах. Результаты говорят о том, что многие плохо знакомы с этой темой. В вопросе о том, в какое время лучше принимать лекарственные препараты, 30% ответили, что это не имеет значения, другие 30% считают, что лучше делать это утром, в обед и вечером, остальные 40% думают, что лекарства следует принимать в определенное время и по рецепту.

В вопросе о том, влияет ли период, в который человек ложится спать на его фигуру, 30% ошибочно полагают, что время, в которое мы погружаемся в сон никак не влияет на состояние нашего тела. 70% ответили на этот вопрос верно: от того, как мы высыпаемся, зависит все, в том числе и наш вес. Человек, который мало спал и не выспался, не восполнил заряд энергии, следовательно, он начинает набирать его из пищи. Именно поэтому ложиться спать стоит вовремя.

30% из группы исследуемых не знают, что «третьим глазом» в теле человека называют эпифиз. 70% правильно ответили на этот вопрос. Эпифиз – это шишковидная железа, именно она отвечает за биологические часы в нашем организме, поэтому ей и дали название «третий глаз».

В вопросе о риске инфаркта, результаты получились такие: 50% считают, что режим сна и риск инфаркта и инсульта не связаны между собой, 50% думают иначе, обосновывая это тем, что сердце ночью не готово работать в полную силу, а человек, который не спит, перегружает его, именно из-за этого проявляются некоторые заболевания.

В качестве критериев изменяющихся биоритмов исследовалась динамика показателей температуры и артериального давления. Разница температуры тела в течение суток колеблется в пределах 0,5–1,0ºС. Наиболее низкая температура – ночью, утром она чуть повышается и достигает максимума во второй половине дня. В течении недели среди студентов было проведено исследование. Исходя из полученных данных, можно доказать, что утром температура тела у всех людей ниже чем во второй половине дня. Среди исследуемых также оказались студенты, у которых температура не менялась или к вечеру была чуть ниже, но это является исключением. Давление к вечеру также у всех поднималось, независимо от типа

сосудистого тонуса человека: гипотонического, гипертонического или нормального. В исследовании участвовало 20% человек с заболеваниями сердца, у них также давление чуть поднималось к вечеру.

Таблица показаний температуры и давления у студентов.

	Утром	Днём	Вечером
Среднее давление	101/65	102/66	105/67
Средняя температура	36,5	36,6	36,7

Таким образом, все процессы в организме совершаются в определенное время, соответствующее внутренним биологическим часам. Результаты данного исследования полностью подтверждают это. Было выяснено, что биологические ритмы присущи каждому из хронотипов, но несколько отличаются по времени. Данную работу планируется продолжить. Предполагается составить индивидуальные режимы дня для каждого из хронотипов на основе сведений о биологических ритмах.

Литература

1. Детари Л., Карцаги В. Биоритмы: Пер. с венг./ Предисл. В. Б. Чернышева; Послесл. Ю. А. Романова. – М.: Мир, 1984. – 160 с.;
2. Мизун Ю. Г., Хаснулин В. И. Наше здоровье и магнитные бури. – М.: Знание, 1991. – 192 с.
3. Трошин В. Д. Нервная система и ваше здоровье. – Горький: Волго-Вятское кн. Изд-во, 1989. – 144 с.;
4. Ягодинский В. Н. Ритм, ритм, ритм! Этюды хронобиологии. – М.: Знание, 1985. – 192 с.;
5. Янес Х. Я. Приемные часы для здоровых. 2-е изд., перераб. И доп. – М.: Медицина, 1987. – 176 с.;

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОТОЗОЙНО - ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Лазарева Н.А.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Кирилина Т.Н.,
преподаватель,
Кинель – Черкасского филиала ГБПОУ ТМедК

В настоящее время проблемой современной медицины является тенденция роста количества больных, инфицируемых различными паразитами. По оценкам ВОЗ, каждый четвертый житель Земли поражен кишечными паразитами. Ежегодно в Российской Федерации учитывается около 1 млн. больных паразитарными болезнями, хотя по экспертным оценкам истинное число их может достигать 20 млн.

По сложившейся практике к паразитарным болезням относят протозоозы, вызываемые патогенными простейшими и гельминтозы, называемые также глистными инвазиями.

Среди гельминтозов по-прежнему наиболее широко распространены энтеробиоз, аскаридоз, а среди протозоозов — лямблиоз.

Особенностью большинства паразитарных болезней является длительное, многолетнее присутствие возбудителя в организме больного, что определяется продолжительностью жизни многих гельминтов или частыми повторными заражениями. Многолетнее хроническое течение многих паразитарных болезней вызывает задержку физического и психического развития детей, ухудшение успеваемости школьников, снижает трудоспособность и социальную активность взрослого населения.

Таким образом, актуальность темы исследования связана со значительным распространением паразитарных заболеваний среди населения разных возрастных групп и негативными последствиями.

Цель работы: изучить актуальность проблемы распространенности протозойно - паразитарных заболеваний среди населения Самарской области и выявить значение роли сестринского персонала в профилактике.

Задачи:

1. Проанализировать теоретико - методологические аспекты профилактики протозойно - паразитарных заболеваний среди населения.
2. Изучить структуру протозоозов и гельминтозов в Самарской области за 2018 год.
3. Раскрыть роль медсестры в повышении эффективности профилактической работы.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике протозоозов и гельминтозов.

Предмет исследования: значение роли сестринского персонала в профилактике паразитозов.

Методы исследования:

анализ медицинской литературы и Интернет – информации;
анализ статистических данных;
обработка результатов анкетирования.

Велика и значима **роль медсестры в профилактике заболеваний** самого различного характера в самых разнообразных отраслях медицины. Сестринский персонал находится возле пациента большую часть своего рабочего времени.

Рассмотрим роль медицинской сестры в профилактике протозойно - паразитарных заболеваний на разных участках работы.

Важнейшей частью работы участковой медицинской сестры является санитарно-просветительская и разъяснительная работа среди пациентов вверенного ей вместе с врачом участка. В обязанности участковой медсестры входит оценка гигиенического состояния наблюдаемых на дому пациентов, обучение их самих и их родственников грамотному уходу и самоуходу.

Медицинская сестра должна терпеливо разъяснять пациенту, насколько

важно соблюдать здоровый образ жизни, принимать определенные препараты. Необходимо убедить лиц, относящихся к декретированному контингенту проходить периодическое профилактическое плановое обследование. При этом подчеркивать, что только так можно избежать обострения заболевания или заражения окружающих.

Сестринский персонал активно участвует в диспансерном наблюдении за переболевшими лицами. Диспансеризация наряду с оценкой клинических данных, включает анализ динамики результатов лабораторных исследований, а также комплекс реабилитационных мероприятий. Сроки диспансерного наблюдения за переболевшими гельминтозами и кратность лабораторного обследования зависят от вида паразита.

Огромная ответственность за здоровье детей возложена на медицинских работников детских садов и школ. Основными обязанностями медицинской сестры детского образовательного учреждения в профилактике гельминтозов и протозоозов являются:

контроль соблюдения санитарно-эпидемиологических требований в образовательных организациях;

беседы с детьми о личной гигиене;

выявление заболевших детей и подростков (при необходимости их изоляция), информирование родителей, транспортировка в медицинскую организацию;

участие в организации обследования эпидемиологически значимых контингентов населения: дети и персонал образовательных организаций;

1. Анализ состояния здоровья детей по заданным критериям.

При необходимости пациентов с паразитарными заболеваниями госпитализируют в инфекционные отделения. Работа медицинской сестры в отделении не ограничивается процедурами, манипуляциями и заполнением документации. Сестринский персонал на доступном пациенту языке пропагандирует все методы профилактики возникновения гельминтозов, протозоозов и паразитоносительства. Это и беседы непосредственно с пациентами в рамках своей компетенции и неразглашения медицинской тайны, с соблюдением этики и деонтологии, и советы родственникам, и выпуск санитарных бюллетеней, информационных листков.

Наибольшее значение придается роли медицинских работников среднего звена в профилактике протозойно - паразитарных заболеваний как внутрибольничных инфекций. При этом основная часть профилактических мер связана с соблюдением санитарно - эпидемиологического режима.

Для анализа количественных показателей протозойно - паразитарной заболеваемости были изучены данные ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области», и получены следующие результаты.

В 2018 году было зарегистрировано 4936 случаев протозойно-паразитарных заболеваний.

Удельный вес детей в общей структуре паразитарной заболеваемости составил 93%.

В структуре протозойно - паразитарной заболеваемости в 2018 году на долю протозойных заболеваний приходится 24%, на долю гельминтозов - 76%.

Для оценки деятельности медицинских сестер в вопросах профилактики паразитарных заболеваний, в частности гельминтозов как наиболее распространенных, был проведен опрос части жителей Самарской области.

В результате анкетирования из 100 опрошенных человек 86% составили женщины, 14% - мужчины. 92% всех опрошенных – пациенты трудоспособного возраста.

В ходе анкетирования установлено, что обследования с целью исключения гельминтозов проходили или декретированный контингент, или пациенты по направлению лечащего врача в связи с подозрением на глистную инвазию, или в связи с беременностью. По собственной инициативе никто не обращался.

40% участников опроса составили сотрудники общепита, 30% – сотрудники детских дошкольных учреждений, 8% - сотрудники здравоохранения, 22% - прочие.

На вопрос «Считаете ли Вы достаточной свою осведомленность о проблеме заболеваемости гельминтозами?» 44% респондентов оказались не информированы, но хотели бы знать больше, 24% вообще не интересуются данной проблемой (см. рис.1).

Рис. 1. Уровень осведомленности респондентов о гельминтозах

Профилактические мероприятия против глистных заболеваний проводят 70% из всех опрошенных, т.е. вероятность распространения гельминтозов снижается. Основными предупредительными мероприятиями участники опроса выбрали соблюдение правил личной гигиены и прохождение регулярных медицинских осмотров (60%), 14% отметили соблюдение гигиены жилья, а остальные указали, что самостоятельно принимают противоглистные средства (см. рис.2).

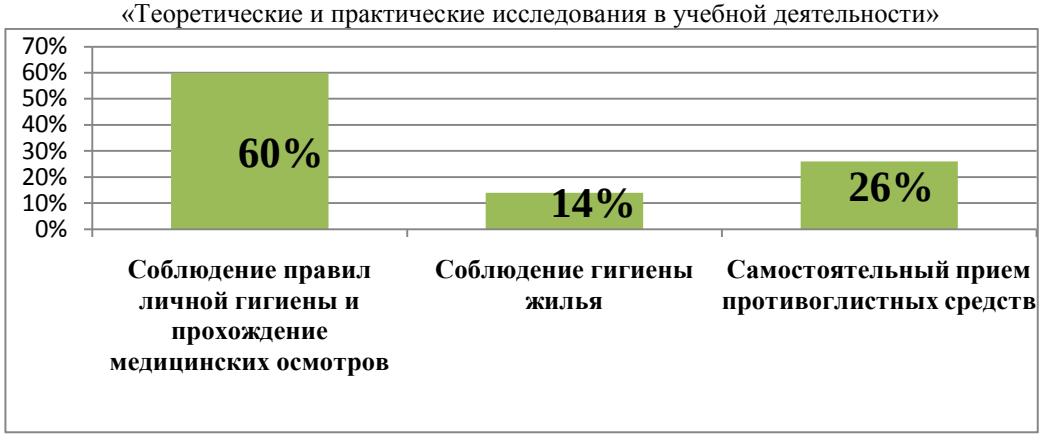


Рис. 2. Виды профилактических мероприятий

Из 26 человек, принимающих средства данной группы, 60% используют народные средства (пижма обыкновенная, тысячелистник, полынь горькая, папоротник мужской), а 40% доверяют только фармацевтическим препаратам. Однако, самостоятельный прием противоглистных средств может привести к расстройствам ЖКТ, аллергическим реакциям, усилению действия средств, угнетающих ЦНС.

На вопрос «Проводят ли участковые медицинские сестры с Вами беседы по профилактике гельминтозов» 82% ответили утвердительно, причем многие были благодарны работой сестринского персонала.

Таким образом, сопоставив ответы, полученные в ходе анкетирования, и показатели заболеваемости можно сделать следующие выводы:

1. Ведущее место в структуре гельминтозов в Самарской области занимают контактные гельминтозы (энтеробиоз), среди протозоозов наиболее распространенным является лямблиоз. Причем детская заболеваемость доминирует.
2. Ответы на вопросы по профилактике глистных заболеваний выявили недостаточно высокую осведомленность респондентов.
3. Многие участники опроса удовлетворены деятельностью сестринского персонала, но назрела необходимость усиления санитарно - просветительской работы с населением. Ведь если медицинские сестры будут относиться к проведению профилактических мероприятий с особой значимостью, то существенно снизится риск развития данной заболеваемости.

Роль медицинских работников среднего звена в профилактике протозойно - паразитарных заболеваний огромна. Медицинская сестра участвует в организации и проведении медицинских осмотров, участвует в гигиеническом воспитании и обучении населения.

Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о паразитарных болезнях, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием бюллетеней, средств массовой информации, информационно - коммуникационной сети «Интернет».

Гигиеническое обучение населения по вопросам профилактики паразитарных болезней организуется и проводится центрами медицинской

профилактики, медицинскими организациями, причем активное участие в этом виде деятельности принимает сестринский персонал.

Практическим выходом данной работы является разработка памятки для населения по профилактике гельминтозов и протозоозов. Общие рекомендации включают:

1. соблюдение правил личной гигиены;
2. кипячение питьевой воды;
3. разделывание на отдельных столах, отдельными ножами пищевых продуктов, употребляемых без термической обработки (фрукты, овощи, и т. п.);
4. использование достаточной термической обработки рыбы и мяса;
5. соблюдение правил хранения пищевых продуктов;
6. уничтожение мух, тараканов и других насекомых в помещениях, недопущение загрязнения продуктов ими;
7. соблюдение чистоты в помещениях;
8. регулярное обследование на гельминтозы (1-2 раза в год, при наличии факторов риска).

Литература

1. Ахатова, Г.Х. Совершенствование эффективности применения профилактических мероприятий у детей по снижению заболеваемости гельминтозами / Г.Х. Ахатова, У.Х. Назарова, Х.Н. Турсунова // Молодой ученый. – 2017. - 22 апр. (№16).- С. 25 - 27.

2. Бодня Е.И. Актуальные подходы в лечении гельминтозов/ Е.И.Бодня// Здоровье ребенка. – 2016. – № 3- С.111.

3. Бронштейн, А.М. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы: учебник / А. М. Бронштейн, А.К. Токмалаев. - Москва: РУДН. 2017. - 207 с.

4. Генис, Д.Е. Медицинская паразитология: учебник / Д.Е. Генис. – Москва: Медицина, 2016. - 240 с.

5. Государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Самарской области, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области», 2019 г. «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Самарской области в 2018 году».

6. СП 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ» Постановление от 22 августа 2014 года N 50.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА В ПОДГОТОВКЕ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Макаркин Е.С.,
обучающийся 4 курса
научный руководитель
Ларкина Л.Н.,
преподаватель,
ГБПОУ РМ «АМК», г.Ардатов

Эндоскопические методы исследования – исследования внутренней поверхности полых и трубчатых органов глазом с помощью специальных приборов – эндоскопов. Метод позволяет не только смотреть органы, но и сделать фотоснимки его отделов, взять для исследования кусочек ткани (прицельная биопсия). Кроме того, метод используется с лечебной целью, так как через эндоскоп можно удалить инородное тело, полип, ввести в исследуемый орган лекарственное вещество, получить материал для бактериологического исследования [1,14].

Эндоскопия как современная самостоятельная специальность является сегодня неотъемлемой частью клинической практики. В любой поликлинике, городской или многопрофильной больнице есть кабинет или отделение эндоскопии, и установление диагноза при патологии желудочно-кишечного тракта или трахео-бронхиального дерева, как правило, включает какие-либо методики эндоскопии.

В результате интенсивного развития эндоскопии количество эндоскопических исследований и оперативных вмешательств в мире ежегодно возрастает. В России за последние 20 лет число эндоскопических исследований в различных регионах страны увеличилось в 3–4 раза.

Медицинская сестра должна тщательно подготовить пациента к эндоскопическому исследованию. Психологическая подготовка состоит в разъяснении задач и основных правил поведения во время эндоскопического исследования, в снятии психоэмоционального напряжения. Медикаментозная — это, прежде всего, обезболивание, снижение секреторной активности желез, предупреждение возникновения патологических рефлексов [5,76].

Приборы, используемые для эндоскопического обследования, — сложные аппараты, снабженные вспомогательными инструментами, насадками для проведения биопсии, введения лекарственных веществ, электрокоагуляции, передачи лазерного излучения.

Качественная подготовка к исследованию является необходимым условием для полноценного и быстрого проведения исследования, позволяет успешно и эффективно проводить манипуляции и снижает вероятность развития осложнений, связанных с процедурой.

Основными задачами сестринского персонала при подготовке пациентов к исследованиям, является обучение правильной и эффективной подготовке к тому или иному исследованию, а также информирование о том, как будет

проводиться исследование, что ждет пациента во время процедуры, что он может почувствовать, как правильно вести себя после исследования [3,44].

Учитывая актуальность проблемы была проведена исследовательская работа.

Цель работы: изучить эндоскопические методы исследования, определить роль среднего медперсонала в проведении данных методов.

Задачи:

1.Углубленно изучить наиболее распространенные эндоскопические методы исследования: этапы развития эндоскопии, современные возможности эндоскопических методов диагностики и лечения в клинической практике, общую характеристику, правила подготовки к эндоскопическим исследованиям.

2.Определить роль среднего медперсонала в проведении эндоскопических процедур на примере работы медперсонала эндоскопического отделения БУ Чувашской Республики "Республиканская клиническая больница" Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

3. Разработать анкету для пациентов, направленную на выявление необходимости создания памятки по вопросам подготовки к эндоскопическим методам исследования.

4. Провести анкетирование среди пациентов, проанализировать данные анкетирования, оценить необходимость создания памяток в области подготовки к эндоскопическим методам исследования.

5. Разработать памятки для пациентов по подготовке к эндоскопическим методам исследования.

Остановимся кратко на содержании работы.

В первой главе, которая носит теоретическую направленность и представляет собой обзор научной медицинской литературы и отражение различных точек зрения по исследуемой проблеме, мы:

-установили, что эндоскопические методы исследования различных органов все больше внедряются в повседневную медицинскую практику и помогают в постановке диагноза, выборе правильной тактики лечения, реабилитации, профилактики осложнений, решении вопросов врачебно-трудовой экспертизы;

-выявили, что в подготовке пациента к различным исследованиям большая роль отводится среднему медицинскому персоналу, что требует от специалистов среднего звена высокого профессионализма;

-описали этапы развития эндоскопии, современные возможности эндоскопических методов диагностики и лечения в клинической практике, организацию работы эндоскопической службы, характеристику современных эндоскопических исследований по системам (дыхательная, ССС, ЖКТ, МВС), также описали этику и деонтологию в эндоскопии, общие принципы подготовки к эндоскопическим исследованиям.

По итогам первой главы можно утверждать: от того, насколько своевременно, качественно будет проведена подготовка пациента к

исследованиям медицинской сестрой, зависит не только качество лечения, но и время нахождения в стационаре. Эти данные явились исходными в нашем исследовании.

Во второй главе, которая имеет практическую направленность, мы рассмотрели характеристику эндоскопических исследований, применяемых на базе БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздравсоцразвития Чувашии г. Чебоксары, проанализировали результаты анкетирования пациентов с целью выявления знаний о подготовке к эндоскопическим исследованиям. Приведем примеры полученных результатов.

Эндоскопическое отделение БУ «Городская клиническая больница № 1» функционирует с 1976 г. и является одним из ведущих лечебно-диагностических подразделений БУ «РКБ».

Здесь апробируются современные технологии, получающие развитие в других лечебных учреждениях. Эти направления уникальны и перспективны, имеют прикладное значение. Ежегодно выполняется около 15000 эндоскопических исследований.

Эндоскопическое отделение располагает современными диагностическими видеоэндоскопами с цифровой записью изображения производства Pentax и Fujinon для исследования желудочно-кишечного тракта, новым моечно-дезинфекционным оборудованием для обеспечения микробной безопасности и защиты пациентов от внутрибольничного инфицирования, современными расходными материалами и инструментами для лечения. В Чувашии только в эндоскопическом отделении БУ «РКБ» есть автоматическая обработка и сушка эндоскопов. Система обработки предназначена для автоматической дезинфекции высокого уровня гибких эндоскопов. В своей работе специалисты отделения используют специальные шкафы для хранения, которые обеспечивают всесторонне контролируемый и отслеживаемый процесс сушки. Во время сушки эндоскопа в шкафу постоянно контролируются такие параметры как температура, давление и относительная влажность. Предупредительные сигналы раздаются, например, если дверца не была плотно закрыта, фильтр засорен, или прошло максимально допустимое время хранения определенного эндоскопа. Сушка эндоскопов в промежутке между их обработкой и последующим использованием препятствует росту микроорганизмов, таких как Pseudomonas и Acinetobacter. Хранение эндоскопов при контролируемых условиях окружающей среды означает, что состояние, которое было достигнуто в результате обработки, будет поддерживаться вплоть до момента, когда эндоскопы снова будут использованы в работе.

В отделении работают 7 врачей-эндоскопистов, старшая медицинская сестра, 7 медицинских сестер, 1 младшая медицинская сестра.

Медицинская сестра осуществляет: вызов пациентов на обследование, подготовку их и участие в диагностических, лечебных и хирургических вмешательствах в рамках выполнения отведенных ей технологических операций; регистрацию пациентов и исследований в учетной документации по установленной форме; регулирование потока посетителей, очередности

исследований и предварительной записи на исследования; общую подготовительную работу по обеспечению функционирования диагностической и вспомогательной аппаратуры, текущего контроля за ее работой, своевременной регистрации неисправностей, создания необходимых условий труда в диагностических и лечебных кабинетах и на своем рабочем месте; контроль за сохранностью, расходованием необходимых материалов (медикаментов, перевязочных средств, инструментария и т.д.) и своевременное их пополнение; повседневные мероприятия по поддержанию надлежащего санитарного состояния помещений отдела, отделения, кабинета и своего рабочего места, а также по соблюдению требований гигиены и санитарно-противоэпидемического режима; качественное ведение медицинской документации.

При проведении анкетирования было отмечено, что наиболее частыми эндоскопическими методами исследования являются эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия. В подтверждение сказанного обратимся к рис. 1: При ответе на вопрос «Какие обследования проводились Вам в отделении?» среди пациентов (25 пациентов из отделений - хирургического, гастроэнтерологического) ответы распределились следующим образом: эзофагогастродуоденоскопию назвали 10 пациентов, бронхоскопию5 респондентов, колоноскопию – 7, ректороманоскопию – 1 респондент, лапароскопию – 2 пациента.

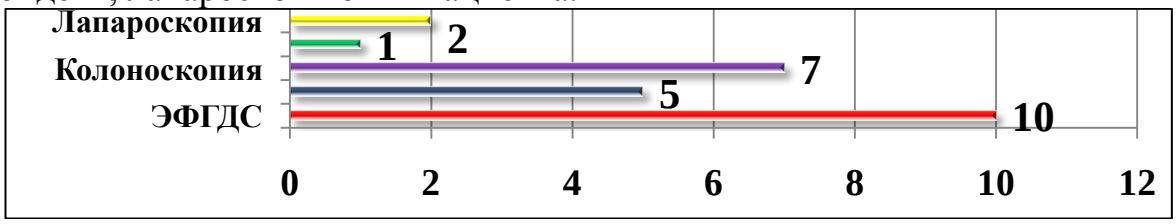


Рис.1

При ответе на вопрос «Была ли представленная информация при подготовке к исследованию полной?» (рис.2) среди пациентов ответы распределились следующим образом: 12 респондентов считают полной, 11 – понятной, 2 – недостаточной; избыточной и непонятной информацию не считает никто из респондентов.

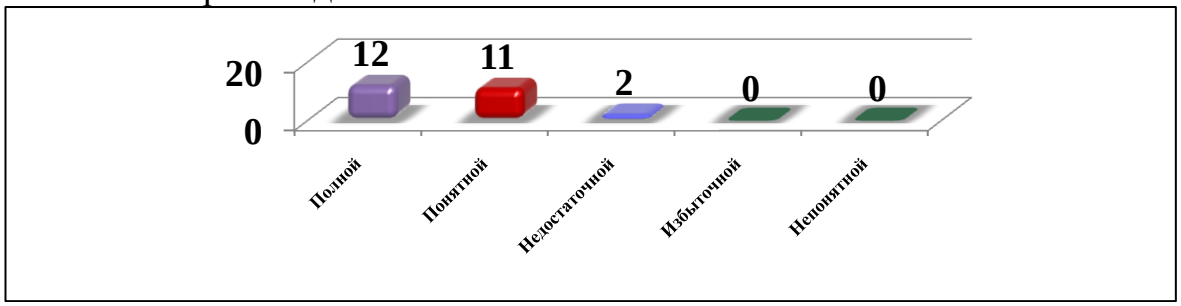


Рис.2

При ответе на вопрос «Как Вы считаете, что необходимо при обучении пациента подготовке к исследованию?» (рис.3) ответы распределились следующим образом: «Дать памятку, объясняя каждый шаг» ответили 18 респондентов, «Дать отпечатанную памятку, ничего не объясняя» - 1 респондента и «Дать только устную информацию» - 2 респондента, «Всю

информацию поместить на стенд, чтобы пациенты сами читали подготовку к исследованиям» - 4 респондента.

Рис.3

Таким образом, большинство пациентов считает необходимым не только объяснять правила подготовки к исследованию, но и выдавать памятку, кроме того можно сделать вывод о том, что только наличие памятки, выданной пациенту или помещенной на стенд не делает консультацию эффективной.

В результате анкетирования была выявлена необходимость в составлении памяток по подготовке к бронхоскопии, эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии.

В заключение хочется отметить, что работа медицинской сестры в эндоскопии значительно отличается от работы среднего медицинского персонала другой специализации. Прежде всего, она связана с использованием и обслуживанием сложной электронной техники и дорогостоящей аппаратуры. Медицинская сестра или брат, как непосредственный помощник врача, должны быть собраны, внимательны, хорошо ориентироваться в последовательности этапов проводимых обследований, знать показания и противопоказания к исследованиям, быть готовыми к оказанию неотложной помощи при критических ситуациях. Необходимо отметить важность тонкого знания психологии больного человека, умение подготовить пациента к исследованию, настроить его на выздоровление.

В ходе выполнения практической части были разработаны и опробованы памятки для подготовки к следующим эндоскопическим методам исследования: бронхоскопии, эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии.

Литература

1. Блашенцева С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта /С.А.Блашенцева, Москва, 2016. – 520 с.
2. Быргазова С.В. Роль медсестры в психологической подготовке пациента к эндоскопическим исследованиям // Альманах сестринского дела, Иркутск.-2014. - №3-4. – С.26-30.
3. Осипова В.Л. Тарасова И.В. Навыки, необходимые сестре для консультирования пациентов//Сестринское дело – 2015.–№ 6.–С.

44-45.
4. Поддубный Б.К. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей – «Практическая медицина», 2014. – 256 с.
5. Сборник материалов VII Всероссийской научно-практической конференции«Актуальные вопросы эндоскопии 2016» 25-26 марта, С- Петербург. –С. 291.
6. Тарасова И.В. «Зачем нужны памятки для пациентов» // Сестринское дело – 2006. – № 8. – С. 46-48.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ

МалякинаВ.А.,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Курилова Е.Г.,
преподаватель,
Аркадакский филиал ГАПОУСО «СОБМК»

Введение

При подготовке будущих специалистов в области медицины большое значение, несомненно, является изучение латинского языка. С самых первых азов в медицинской науке студенты встречают понятия на латинском языке. Поэтому нужно уделить особое значение его изучению не только как языка одной из древнейших культур, но и как языка, необходимого в практической деятельности специалиста-медика.

Хотелось бы немного обратиться к истории развития латинского языка, для того, чтобы понять значимость латинского языка в современном медицинском образовании.

Данное исследование посвящено значению латинского языка для студентов-медиков, как формирующей основы профессионального терминологического и понятийного языка.

Исходя из убеждения, подкрепленного собственными наблюдениями и одобрением преподавателей фундаментальных и клинических дисциплин, был сделан вывод: профессионально ориентированная дисциплина «Латинский язык и медицинская терминология» является неотъемлемым элементом обучения любой медицинской специальности. Усвоение этой дисциплины даёт студентам второго курса реализоваться в своей будущей профессии.

Целью данной работы является необходимое формирование знаний по дисциплине «латинский язык» в частности его терминов и понятий, для основной базы знаний студента.

История возникновения и формирования латинского языка рассмотрим кратко.

Латинский язык (Lingua Latina) - язык индоевропейской семьи. Он получил название от племени латинов, которые заселяли небольшую область Центральной Италии - Лациум. Главный город Лациума Рим, основанный в 753 г. до н.э., в результате постоянных войн превращается из города-

государства в столицу рабовладельческой империи. Латинский язык стал государственным языком на значительной территории Европы от берегов Средиземного моря до Атлантического океана, а также в Северной Африке и в части Азии от побережья Средиземного моря до гор Кавказа и реки Евфрат.

С покорением Греции Римом (II век до н.э.) происходит взаимообогащение латинского и греческого языков и культур. Латинский язык позаимствовал значительное количество греческих слов, а также греческую медицинскую терминологию, основателем которой был врач Гиппократ. В процессе развития некоторые из греческих медицинских терминов латинизировались, например: cranium - череп, arteria - артерия, therapia - лечение, при этом некоторые из них сохранили греческие окончания, например diabetes - диабет, dyspnoe - одышка.

Латинский и древнегреческий языки остаются основными международными источниками для искусственного создания новых медицинских и ветеринарных терминов в современных языках. Названия болезней, их симптомов, анатомическая номенклатура, названия лекарственных препаратов и т.д. - это все слова латинского и греческого происхождения.

Более полутора тысяч лет латынь была для Европы языком культуры и науки, в частности медицины. В Европе за почти тысячелетний период истории средних веков создалась обширная литература на латинском языке. Сюда относятся многочисленные исторические хроники, романы, поэмы, научные, философские и богословские трактаты. Наряду с этим из смеси разговорного латинского языка и местных диалектов сформировались самостоятельные национальные языки, известные под названием романских.

Эпоха Возрождения (Ренессанса) открыла для следующих поколений много литературных произведений, памятников монументальной скульптуры. В этот период во все европейские языки проникло большое влияние латинской лексики, которая относилась, главным образом, к интеллектуальной жизни общества, его культуре, науки, медицины. Именно в эту эпоху закладываются основы международной медицинской терминологии на латинском языке.

Медицинское и ветеринарное образование невозможно без владения основами латыни. Изучение латинского языка имеет большое значение в подготовке специалиста среднего звена, поскольку помогает сознательно усваивать и понимать термины латинско-греческого происхождения, с которыми он будет встречаться и будет пользоваться в своей практической деятельности.

С древних времен известна такое латинская пословица:
Inviaest in medicina via sine lingua Latina –
Непроходной путь в медицине без латинскогоязыка.

Формирование профессионального языка среднего медицинского образования.

В настоящее время формирование профессионального языка — это существенный фактор подготовки медицинского работника. Латинский язык

в основном формируется из ряда терминов. В соответствии с требованиями государственного стандарта дисциплина «Латинский язык и основы терминологии» включает три терминологических цикла:

1) терминология морфологических дисциплин — анатомии и гистологии;

2) терминология комплекса патологической анатомии, патологической физиологии и клинических дисциплин;

3) фармацевтическая терминология с номенклатурой лекарственных средств.

Преподавание элементов латинской грамматики последовательно ориентировано на преподавание основ медицинской терминологии. Студенты обучаются тем знаниям-умениям, которые необходимы главным образом для номинации — обозначения латинскими терминами специальных понятий в различных дисциплинах медико-биологического и медицинского характера.

На занятиях по дисциплине «Основы латинского языка» мы не только изучали медицинскую терминологию, а также самостоятельно делали трёхъязычные словари, презентации, это дало нам возможность знать произношение некоторых терминов сразу на 3 языках одновременно. Разучив всё это, студенты самостоятельно могут писать рецепты, не прибегая к помощи преподавателя, но оставаясь под их контролем.

Но для того, чтобы хорошо владеть знаниями латинского языка, недостаточно просто взять вызубрить этот материал и забыть, латинский язык нужно понимать, только тогда у студентов-медиков будет отличный уровень профессиональной подготовки.

Изучение латинского языка всегда начинается с разучивания основ грамматики, это неразрывные правила и требования.

Заключение

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что:

1) основы для овладения медицинской терминологией на латинском языке должны быть заложены уже на втором курсе путем практического изучения элементов грамматики и принципов словообразования, а также значений латинских и греческих словообразовательных элементов и определенного минимума терминологической лексики.

2) целеустремленность студента и его самостоятельная работа расширяет познавательно-образовательный аспект изучения латыни и ее межпредметные связи с другими дисциплинами учебного цикла.

3) изучение латинского языка открывает путь студентам к сознательному усвоению и грамотному употреблению профессионального языка будущего специалиста.

Литература

1.БеловА.М. ARSGRAMMATICA. Книга о латинском языке / М.: ГЛК, 2007 — 488 с.

2.ГарникА.В., Шевченко Г.И. Латинский язык. Lingua Latina / Мн.: БГУ, 2004 — 247 с.

3.ГородковаЮ.И. Латинский язык: учебник / Ростов н/Д: Феникс, 2012. — 315 с.
4.ДынниковА.Н., Лопатина М.Г. Народная латынь: Учеб пособие / М.: Изд-во МГУ, 1998 — 256 с.
5.Капитула Л.С. Латинский язык: учеб. / Минск: БГМУ, 2009 — 263 с.

УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Михеева Ю.С.
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Ярош Л.А.,
преподаватель Филиала «НМК»,
ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной», г. Новокуйбышевск

Болезни органов дыхания характеризуются многообразием клинико-морфологических проявлений, что связано со своеобразием структуры легких, возрастными особенностями и большим числом этиологических факторов.

Международные эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что около 25% больных с воспалительными заболеваниями верхнего или нижнего отделов респираторного тракта ежедневно обращаются за медицинской помощью. Среди неотложных мероприятий по профилактике, лечению этих заболеваний и дыхательной реабилитации больных важное место занимает респираторная терапия, основу которой составляют ингаляции аэрозолей лекарственных препаратов.

Традиционно существуют энтеральный, парентеральный и местный способы применения медикаментов. В последнее время при лечении заболеваний дыхательных путей широко распространены лекарственные формы для местного воздействия в виде ингаляций аэрозолей. Преимущество ингаляционной терапии перед другими методами заключается в более быстром всасывании лекарственных препаратов, увеличении активной поверхности лекарственного вещества, депонировании его в подслизистом слое (богатом кровеносными и лимфатическими сосудами), создании высоких концентраций лекарственных веществ непосредственно в очаге поражения. Минуя печень, лекарственные вещества в неизмененном виде действуют при заболеваниях верхних дыхательных путей и легких более эффективно, чем при их пероральном применении.

В связи с этим рассмотрение различных ингаляционных лекарственных форм и систем доставки лекарственных веществ в дыхательные пути является актуальным вопросом исследования в современной технологии применения лекарств.

Актуальность работы определяется высокой степенью

заболеваемостью различными патологиями органов дыхания в России.

Объект исследования: кашель, как приоритетная проблема пациента.

Предмет исследования: роль среднего медицинского работника в решении проблемы кашель с применением методов ингаляционной терапии.

Цель исследования: изучить профессиональную деятельность медицинской сестры при проведении ингаляционной терапии при патологии органов дыхания.

Задачи исследования: изучить теоретические аспекты ингаляционной терапии и особенности её применения в клинике внутренних болезней; изучить методику применения ингаляционной терапии, как метод профилактики заболеваний органов дыхания; составить стандартизированный план ухода при решении проблемы «кашель» при заболеваниях органов дыхания.

Методы исследования: изучение и анализ литературы по применению ингаляционной терапии при патологии органов дыхания; изучение и анализ информации, полученной при курации пациента.

Одной из задач работы явилось теоретическое изучение проблемы кашель при патологии органов дыхания

Кашель – это постоянный, но неспецифический симптом болезней органов дыхания.

Это форсированный выдох через рот, вызванный сокращениями мышц дыхательных путей из-за раздражения рецепторов. Физиологическая роль кашля - очищение дыхательного тракта от посторонних веществ и предупреждение механических препятствий, нарушающих проходимость воздухоносных путей.

Кашель возникает из-за рефлекторного раздражения кашлевого центра, находящегося в головном мозге и служит для выделения бронхиального секрета. *Основные характеристики кашля:* длительность кашля (острый, хронический);сила кашля (покашливание, надрывный кашель); тембр кашля (звонкий грудной кашель, приглушённый кашель); выделения при кашле (сухой или влажный кашель), характер мокроты (водянистая, гнойная, кровянистая);время появления или обострения кашля (весь день, утром, вечером, ночью, весной, в зимнее время).

Кашель классифицируется: по характеру (непродуктивный или сухой,продуктивный или влажный); по интенсивности (покашливание, легкий, сильный); по продолжительности (эпизодический, кратковременный или приступообразный, постоянный); по длительности (острый - до 3-х недель, подострый - от 3-х до 8-ми недель, хронический - более 8-ми недель).

Различают несколько видов кашля: лающий, грубый - при ларингите, ложном и истинном крупе; мучительный сухой непрерывный - при фарингите и трахеите, раке бронха, плеврите; влажный при бронхитах; короткий болезненный кашель - при пневмонии; приступообразный, с закатываниями - при коклюше; приглушенный при эмфиземе легких и беззвучный кашель при разрушении голосовых связок (туберкулез, сифилис гортани).

Важной составляющей кашля является отделение мокроты.

Мокрота - патологические выделения из дыхательных путей при кашле. Появление мокроты всегда свидетельствует о наличии патологического процесса в легких или бронхах. Для оценки мокроты как признака заболевания органов дыхания необходимо учитывать в первую очередь ее количество, консистенцию, цвет, запах и примеси.

Свойства мокроты: количество; консистенция; вид, цвет, запах; наличие примесей; слоистость.

Учитывают также данные, полученные при микроскопическом (в том числе цитологическом) исследовании.

Количество выделяемой в сутки мокроты может колебаться в больших пределах, иногда доходя до 1 - 1,5л (например, при крупных бронхоэктазах, абсцессах и туберкулёзных кавернах лёгких, кардиогенном и токсическом отеке лёгких, опорожнении через бронх плевральной полости при гнойном плеврите, бронхорее).

Характер мокроты: слизистая (светлая, прозрачная) мокрота отделяется при ОРВИ, ХОБЛ; гнойная (желто-зеленая) - при бактериальных инфекциях дыхательных путей (гнойно-обструктивный бронхит, пневмония), иногда - при туберкулезе легких; обильное отделение гнойной мокроты с неприятным запахом - признак бронхоэктазов, прорыва абсцесса легкого в бронх; трудно отделяемая скудная вязкая стекловидная мокроты сопровождает кашель при бронхиальной астме; кровохарканье может указывать на ХОБЛ, ТЭЛА, рак легкого, туберкулез легких, застойную сердечную недостаточность; отделение розовой, пенистой мокроты может быть одним из проявлений альвеолярного отека легких; для бактериальной инфекции характерен желтовато-зелёный цвет мокроты.

В дальнейшем при планировании объёма сестринских вмешательств важно знать характер кашля, так как от этого зависит выбор, как медикаментозной, так и ингаляционной терапии.

При выполнении практического исследования была проведена курация пациента с врачебным диагнозом ХОБЛ. Цель курации - определить значение использования различных видов ингаляционной терапии при лечении пациента с ХОБЛ.

Пациент К., 79 лет. Проживает в городе Новокуйбышевск. Пенсионер. 13.03.2019г. Жалобы на момент курации: кашель в течение всего дня, реже наблюдается ночью, с небольшим количеством слизистой мокроты, чаще по утрам.

Врачебный диагноз: ХОБЛ, эмфизематозный тип, тяжёлое течение (III стадия), обострение средней степени тяжести.

История жизни. Вредные привычки: курит 40 лет, алкоголь употребляет редко.

Ингаляционная терапия. При хронической обструктивной болезни лёгких назначаются дозированные ингаляторы бронхорасширяющего действия и ингаляционные глюкокортистероиды. Предпочтение отдается медикаментам длительного действия (Спирива, Спиолто, Онбрез, Ультибра,

ФорадилКомби, Серетид).

Ситуационно и в целях профилактики развития приступов был назначен «Беродуал». В момент обострения через небулайзер был назначен «Пульмикорт» (будесонид) 2 мл 500 мкг через небулайзер 1 раз в сутки; «Лазолван» 2 мл 1 раз в сутки. В качестве антибактериальной терапии использовался «Цефтриаксон» 1млн. ЕД 2 раза в сутки, внутримышечно.

Для пациента составлен план специализированного сестринского ухода.

Приоритетные проблемы: одышка, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты.

Потенциальные проблемы: высокий риск развитияприступа удушья, острой и хронической дыхательной недостаточности, пневмонии, плеврита.

Проблема: одышка при незначительной физической нагрузке.

Краткосрочная Цель: уменьшение одышки в ближайшие 2-3 дня.

Объем сестринского вмешательства:

1. Режим двигательной активности: на этаже.
2. Диета № 10. Краткая характеристика: Ограничивается количество соли, следует отказаться от жирного мяса, сала, наваристых мясных бульонов. При этом белок в организм должен обязательно поступать, но преимущественно с мясом птицы, рыбой, яйцами, творогом, кефиром. Следует ограничить количество поступающих с пищей углеводов (за счет сахара, конфет, пирожных), отдавая предпочтение кашам и черному хлебу. Обязательны овощи и фрукты в виде салатов, овощных супов, соков. В организм должно поступать повышенное количество калия – картофель в мундире, изюм, курага, чернослив, финики.
3. Независимые сестринские вмешательства: обеспечить пациенту удобное положение в постели (приподнятый головной конец днем 60-70 градусов, на ночь 40-60 градусов) или в кресле. Обеспечить одеждой, не стесняющей дыхание; обеспечить спокойную и комфортную для пациента окружающую обстановку, обеспечить регулярное проветривание палаты (не менее 4 раз в сутки) и оптимальную температуру воздуха не ниже 18 градусов; обучение больного дренажным положениям.
4. Решение проблемы с врачом (зависимые и взаимозависимые вмешательства): подача увлажненного кислорода под контролем показателя сатурации крови кислородом.
5. Контроль состояния пациента: цвет кожных покровов, пульс, АД, определение сатурации крови кислородом.
6. Выявление факторов риска заболевания. Составление мероприятий по коррекции. Фактора риска у пациента: курение, употребление алкоголя.
7. Беседа с пациентом о заболевании, развитии возможных осложнений, принципах лечения, профилактике.
8. Консультация врача физиотерапевта. Назначена небулайзерная терапия с раствором «Пульмикорт». Мной проведена беседа о правилах подготовки к небулайзерной терапии и поведению во время отпуска процедуры.

9. У больного была оценена техника выполнения ингаляции препарата «Форадилкомби» с помощью аэролайзера, выявлены были ошибки и проведено обучение правильной техники ингаляции.

10. Пациенту был назначен «Бародуал» ситуационно. Былаоценена правильность использования ДАИ пациентом. Пациент не использовал спейсер при использовании ингалятора, не полоскал рот после проведения ингаляции. С пациентом проведена беседа о технике выполнения ингаляции со спейсором, разобрали правила использования ДАИ и особенности ухода за спейсером.

Оценка: больной отмечает уменьшение одышки на третий день, показатели сатурации крови кислородом в пределах нормы и составляют 97%.

Проанализировав медицинскую литературу, пришли к выводу, что в основе современного лечения обструктивных заболеваний легкихпреимущественно лежит применение препаратов в ингаляционной форме.

Существенным преимуществом ингаляционной терапии является высокая концентрация медикаментов в дыхательных путях при незначительных проявлениях или отсутствии системного побочного действия.

Небулайзеры позволяют провести ингаляцию лекарственного вещества во время спокойного дыхания пациента, это решает проблемы координации системы «больной–ингалятор» и позволяет применять небулайзеры у пациентов с плохой ингаляционной техникой. В связи с этим, небулайзеры можно использовать у наиболее тяжелых больных, не способных применять другие виды ингаляторов, а также у детей до 1 года и пожилых больных. С помощью небулайзеров возможна доставка в дыхательные пути пациента разных препаратов, непрерывная подача лекарств и использование больших доз препарата (например, при тяжелой бронхиальной обструкции).

Современные ингаляторы занимают прочное место среди медицинского оборудования, как в стационарах, так и для домашнего применения. Трудно представить сегодня проведение ингаляционной терапии у пациентов при патологии органов дыхания, оснащение отделений реанимации, пульмонологии, аллергологии и многих других подразделений клиник, амбулаторий и службы скорой помощи без ингаляционной аппаратуры.

Таким образом, преимуществом ингаляционного метода доставки препаратов является максимальное приближение действующего лекарственного вещества к пораженному органу, т.е. бронхам, бронхиолам, альвеолам.

Литература

1. Авдеев С.Н. Небулайзерная терапия суспензией Пульмикорта: место в лечении заболеваний дыхательных путей // Методическое пособие для врачей МЗ РФ, НИИ пульмонологии. - М., 2004. - С. 39.
2. Айсанов З.Р. и др. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа // Consiliummedicum. 2000. Т.2, №1. – С. 12-23.

3. Абросимов В.Н. Реабилитация больных ХОБЛ / В.Н. Абросимов. –М.: ГЭОТАРМедиа, 2016. - 112с.
4. БоголюбВ.М.,Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник/ В.М.Боголюб, Г.Н. Пономаренко. -М., 2003.
5. Орлов А.В. О-66 Практика современной ингаляционной терапии: Учеб. пособие / А.В. Орлов, Е.Л. Титова. -СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. - 48с.
6. [Электронный ресурс] Электронная библиотека. Режим доступа: http://www.nzgb.ru/fizioterapevticheskoe_otdelenie/,свободный

ПАЛОЧКА БОРДЕ-ЖАНГУ

Мулдагалиева Г.А.,
обучающаяся
Бергенова Л.Э.,
преподаватель специдисциплин,
ЗКВМК, г.Уральск

Актуальность работы. На сегодняшний день одной из важнейших проблем, с которой человечество вынуждено постоянно бороться – это угроза распространения инфекционных заболеваний. Сегодня инфекционные заболевания из проблемы национального здравоохранения перешли в глобальную политическую проблему. Ежегодно по данным ВОЗ 2 млрд. людей болеют инфекционными заболеваниями. Сегодня эти инфекции являются причиной каждой третьей смерти в мире. В развивающихся странах эта цифра равняется 50%, при этом детская смертность от инфекций достигает 60%. В последние годы участились инфекции, особенно у маленьких детей дошкольного возраста, из-за снижения иммунитета.

В процессе изучения бордетелл в колледжном курсе микробиологии обучающиеся, как правило, не имеют возможности увидеть их под микроскопом и подробно познакомиться с жизненным циклом. Однако, - это можно сделать в условиях кружка.

Бактериологическая лаборатория- это великое благо, и мы ищем возможности не только побывать в них, но и поработать, не только провести свою исследовательскую работу, но и оказать помощь сотрудникам лаборатории.

Цель исследования:

- ✓ Получить сведения о палочке Борде Жангу;
- ✓ учащимся школ, обучающимся колледжа дать обширные знания об инфекции, провести анкетирование;
- ✓ провести бактериологическое исследование на бордетеллы в условиях бактериологической лаборатории;
- ✓ получение статистических данных.

Задачи сследования:

1) Выявить актуальность проблемы и провести анализ источников по данной теме.

2) Определить, как провести бак исследование.
3) Разработатьрекомендации по формированию осмысленного отношения к своему будущему, а также по минимизации вреда здоровью при заболевании для обучающихся и ихродителей.

Исследование проводилось на базе Областной инфекционной больницы в бактериологической лаборатории города Уральска.

Предмет исследования: влияние иммунизации на здоровье человека и детей, в частности.

Методы исследования:
1.Анкетированиеучащихся школ и обучающихся в колледжах.
2.Обработка данных исследования.

В соответствии с целью и задачами была разработана гипотеза: если мы проведем изучение специальной литературы о влиянии заболевании на организм детей, то сумеем привить обучающимся бережное отношение к своему здоровью.

Объект исследования-Учащиеся школ № 2, 12, 44, 30, школа-интернат имени М.Утемисова -100 чел.

Анкетирование студентов агроколледжа, медколледжа-125 студент.

Исследование проводилось на базе Областной инфекционной больницы в баклаборатории.

Сведения о палочке Борде – Жангу

Bordetella pertussis- возбудитель коклюша, впервые описанный в 1906 году бельгийским ученым Ж. Борде и французским О. Жангу.

Культивирование. Возбудители коклюша-аэробы. Прихотливы к питательным средам. Для их выращивания применяют питательную среду Борде-Жангу.

В настоящее время пользуются средой КУА (казеиново-угольный агар)- это полусинтетическая среда без крови. Источником аминокислот здесь является гидролизат казеина. Среда КУА отличается от среды Борде-Жангу более простым и доступным методом изготовления. На среде КУА колонии мелкие 1-2 мм в диаметре, блестящие. При снятии колоний остается вязкий, сметанообразный след. В жидкой среде бактерии коклюша образуют равномерную муть и придонный осадок.

Ферментативные свойства. Возбудитель коклюша не расщепляет углеводы и не ферментирует белки. Образует ферменты уреаза и тирозиназа.

Устойчивость к факторам окружающей среды.

Возбудитель коклюша малоустойчив. При температуре 56^0 С погибает через 20-30 минут. Низкие температуры также губительно на них действуют. Прямой солнечный свет убивает их через 1-2 часа. УФ-лучи через несколько минут. В сухой мокроте бактерии сохраняются в течении нескольких минут. Обычные растворы дезинфицирующих веществ губят их быстро.

Этот вид микроба малочувствителен к антибиотикам, не чувствителен к пенициллину.

Морфология: бактерии коклюша мелкие палочки овоидной формы. Не имеют спор, неподвижны. При специальной окраске видна капсула.

Источники инфекции. Больной человек. Особенно заразны больные в катаральном периоде.

Пути передачи. Воздушно-капельный путь.

Роль различных предметов маловероятна ввиду не устойчивости коклюшных бактерий во внешней среде.

Патогенез. Возбудители коклюша вызывают острое заболевание, сопровождающееся конвульсивным кашлем.

Попав на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, бактерии размножаются там и частично разрушаются. Выделившийся токсин действует на центральную нервную систему, раздражает нервные рецепторы слизистой оболочки дыхательных путей, что приводит в действие кашлевой рефлекс. В результате возникают приступы судорожного кашля. В процессе заболевания наблюдается несколько периодов: катаральный, спазматического кашля и разрешения процесса.

После перенесенного заболевания вырабатывается стойкий иммунитет, который обусловливается гуморальным и клеточными факторами.

Профилактика. Выявление и изоляция больных. Ослабленным детям, находившимся в контакте с больным коклюшем, вводят иммуноглобулин. Основные меры специфической профилактики-иммунизация детей АКДС.

Лечение. На ранних стадиях заболевания применяют противококлюшный иммуноглобулин. Для лечения используют антибиотики.

При исследовании на коклюш руководствовались МУК Министерства здравоохранения Республики Казахстан №535 от 10.05.2004 г.

1 день.Произвели сбор материла и посев на питательные среды КУА в пробирках, поставили в термостат с ежедневным просмотром.

2-3 день. Посевы вынимаем из термостата и просматриваем, пользуясь лупой. При наличии подозрительных колоний их выделяем на КУА. В чашках Петри, разделенных на сектора, или в пробирках.

Если колоний много, из части их можно сделать мазки, покрасить и посмотреть под микроскопом.

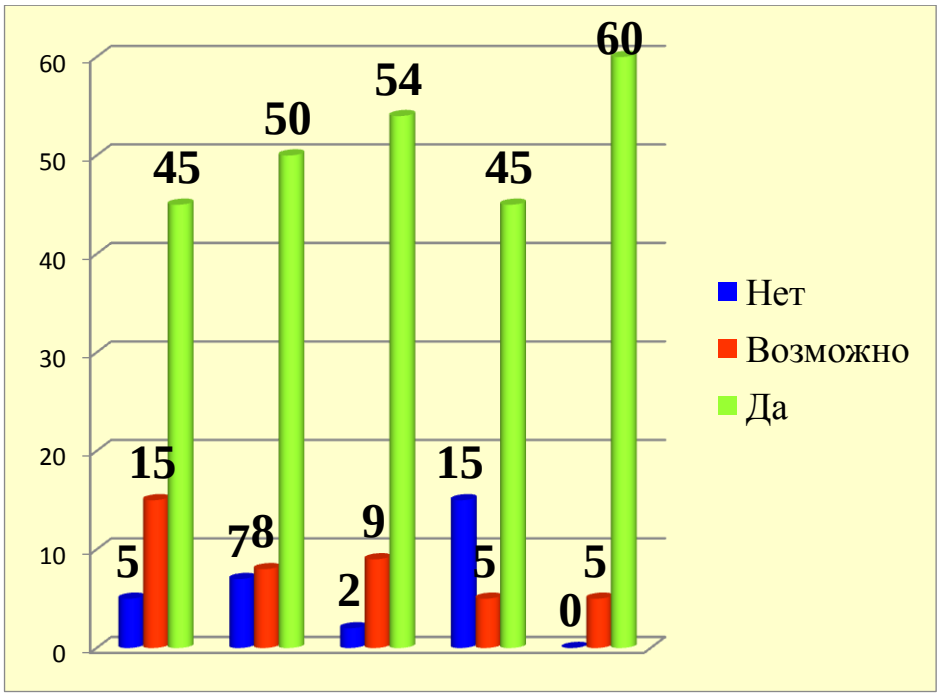
Посевы вынимаем из термостата, просматриваем их сначала невооруженным глазом, обращая внимание на цвет среды, затем изучаем рост. При наличии колонии делаем мазки, окрашиваем по Граму и изучаем под микроскопом. Затем повторно ставим реакции агглютинации на стекле с моноспецифическими сыворотками. Для окончательной идентификации выделенной культуры ставим пробу на наличие уреазы и производим посев на скошенный агар.

Статистические данные
Департамента по защите прав потребителей ЗКО

Наименование территории	***Коклюш***		
	2015	***2016***	***2017***
г Уральск	***1***	***4***	***7***
Зеленовский район	***1***	***1***	***2***
Чингирлауский район	***1***	***1***	***2***

Из таблицы видно, что по ЗКО из районных центров-Зеленовского и Чингирлуского –случаи заболевания коклюшем идет по нарастанию, а в г.Уральске-имеет место 7 случаев инфекции.

В основном эти случаи заболевания - из-за отказа от иммунизации детей родителями, так как в последние годы участились увлечения родителей маленьких детей в «религиозных сектах», что приводит к таким печальным последствиям.



Вопросы анкетирования:

1. Слышали ли вы, о таком заболевании, как коклюш?
2. Знаете ли вы, как передается коклюш?
3. Знаете ли вы, о том, что палочка коклюша вырастает при температуре 37 С?
4. Как вы думаете, часто ли болеют дети этой инфекцией?
5. Как вы считаете, существует ли профилактика коклюша?

Заключение

Чтобы не заболеть коклюшем, нужно вовремя привить детям вакцину, она защищает от этой страшной инфекции. Основная ошибка многих родителей - это нежелание признавать у себя эту проблему. Многие родители

не обращаются за профессиональной помощью, полагаясь на собственные силы и усугубляя ситуацию. Достаточно того, чтобы каждый сознательный и образованный человек вовремя обратился к специалистам-медикам.

Врачи бьют тревогу: мы слишком много времени проводим взаперти-дома, на работе, в транспорте. Нехватка солнечного света и свежего воздуха губительно сказывается на самочувствии людей, в том числе и детей.
Пребывание на природе делает нас счастливее и здоровее, позволяет лучше противостоять стрессу и бактериям.

Нашу голубую планету часто сравнивают с гигантским космическим кораблем, летящим по просторам Вселенной. А человечество – экипаж этого корабля. Красивое сравнение. В чем-то даже мудрое. Но все мы должны осознать, что у нашего корабля Земля нет аварийного выхода. Зато есть множество вопросов: когда мы станем чистыми, здоровыми, красивыми? Кто несет ответственность за разрушение здоровья людей? Как спасти мир от инфекций и гибели? Какими должны быть основы медицинских знаний?

Инфекции в нашей стране больше всего ударил по детям. Чья здесь вина? Нашего - увы, привычного!-разгильдяйства, нашей неаккуратности, извечного нашего слепого расчета на авось: авось пронесет, авось обойдется? Не пронесло и не обошлось! Не в наших силах остановить инфекции. Но в наших силах помочь детям. Спасибо Минздраву за миллионы вакцин. Но кто даст гарантию, что эти вакцины дойдут до детей и, кто проверит, что вакцины будут тщательно и по правилам подготовлены к работе?

А посему - давайте все вместе примем жесткое решение: ни одной прививки без контроля, и прививайте вовремя своих детей!

Литература

1.Журнал Здоровье (№5) – 2017.
2.Практикум по микробиологии Черемисинова Н.А.-Издательство Москва, 2003.
3.Структура и алгоритмы бактериологических исследований, методическое пособие АГИУВ, Алматы, 2012.
4. Н.В. Прозоркина «Основы микробиологии, вирусологии, иммунологии» Издательство «Мастерство», 2005.
5.А.А. Воробъев. Ю.С. Кривошейн. Основы микробиологии, вирусологии, иммунологии. Издательство «Мастерство», 2007.

ВЛИЯНИЕ ТАТУИРОВКИ И ПИРСИНГА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Мусина Е.Г.
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Гильманова Т.Л.,
преподаватель,
ГАПОУ РБ «БМФК» г. Бирск

Сейчас стало очень модным делать пирсинг и татуировки, особенно это практика получила распространение среди молодежи, которая считает, что сделав тату или пирсинг (а может и то, и другое вместе) они выглядят «круто» и сногсшибательно. Ежегодно всё больше и больше молодёжи стремятся украсить своё тело сомнительным способом, через тату или пирсинг. Не редко можно видеть на улицах, ребят у которых всё лицо в иголках: губы, брови, нос. Не щадя себя и свой организм молодёжь, прокалывает своё тело, терпит неприятное время «прижигания» и борется с ужасными последствиями. Что бы отдать ужасную дань моде. Говорят - красота требует жертв. Но оправданы ли нам такие жертвы и нужны ли они нам? Нет, не стоит ничем жертвовать ради такой красоты, ведь татуировки и пирсинг могут принести ощутимый вред нашему здоровью [1, с 78].

В связи с этим, я поставила цель выяснить, как же именно влияет татуировка и пирсинг на организм человека.

Задачами исследовательской работы являлись: изучить литературные источники по теме исследования, доказать вредное влияние татуировок на здоровье человека, оценить влияние татуировок на здоровье человека, выявить причины, побуждающие наносить татуировку, предупредить о риске и последствиях тех, кто только собирается сделать себе татуировку, систематизировать собранный материал, проанализировать полученные результаты, сформулировать выводы, исследовать мнения молодежи о татуировках.

Практическая значимость: полученные результаты могут использоваться для проведения профилактической работы в целях сбережения здоровья молодых людей им принять правильное решение.

Татуировка (тату, в просторечии — наколка) — процесс нанесения перманентного (стойкого) рисунка на тело, выполняемого методом местного травмирования кожного покрова с внесением в дерму красящего пигмента; сами узоры на теле, сделанные таким способом [2, с 133].

Целенаправленное нанесение себе узоров из тонких продолговатых шрамов с вкраплением в свежую рану различных измельчённых инородных химических элементов (красителей) и без, по всей вероятности, является первобытной формы искусства сопровождающих человеческую цивилизацию с доисторических времен, что подтверждается раскопками и результатами углеродного анализа останков древних людей [3, с 104].

Пи́рсинг (англ. *piercing* — «прокол») — одна из форм модификации

тела создание прокола, в котором носят украшения. Само понятие «пирсинг» может относиться как к процессу прокалывания, так и к отверстиям, сделанным посредством прокалывания [2, с 138].

Последствия и осложнения пирсинга:

- Сосках – вспышки боли в течение 2-3 недель, повреждение молочных желез, повреждение молочных протоков.
- Бровях - сильное кровотечение, гематома, паралич лицевых мышц при задевании нервных сплетений.
- Ушной раковине – потеря слуха и деформация.
- Носу – болезненность, усложнение процесса дыхания через узкие и маленькие ноздри.
- Губах – сильный отек препятствует приему пищи, украшение разрушает эмаль зубов .
- Пупке – воспаление, долго заживающая ранка, стягивание кожи.
- Языке – потеря вкусовых ощущений, кровотечение, отек с блокированием дыхательных путей, нарушение дикций аллергией;
- на металл или компоненты краски для татуировки;
- образованием рубца;
- сепсисом (заражением крови) [3, с 87].

Последствия и осложнения татуировки:

- заражение крови;
- появление аллергических реакций;
- образование гранулем;
- появление келоидов (шрамы вокруг нанесенной татуировки);
- опасность заразиться опасными неизлечимыми заболеваниями [3, с 89].

Практическая часть исследования по теме: «Влияние татуировки и пирсинга на организм человека»

Для выяснения причин популярности татуировок у населения разных возрастных групп, проведён социологический опрос, в котором приняли участие: взрослое население в возрасте 31- 50 лет.

Для выяснения причин популярности татуировок у молодежи, проведёно анкетирование, в котором приняли участие: обучающиеся нашего колледжа в возрасте 16-20 лет. Количество респондентов 30 человек.

Вопрос 1: Как вы относитесь к татуировкам и пирсингу?

Положительно – 9 человек

Отрицательно – 8 человек

Нейтрально - 13 человек

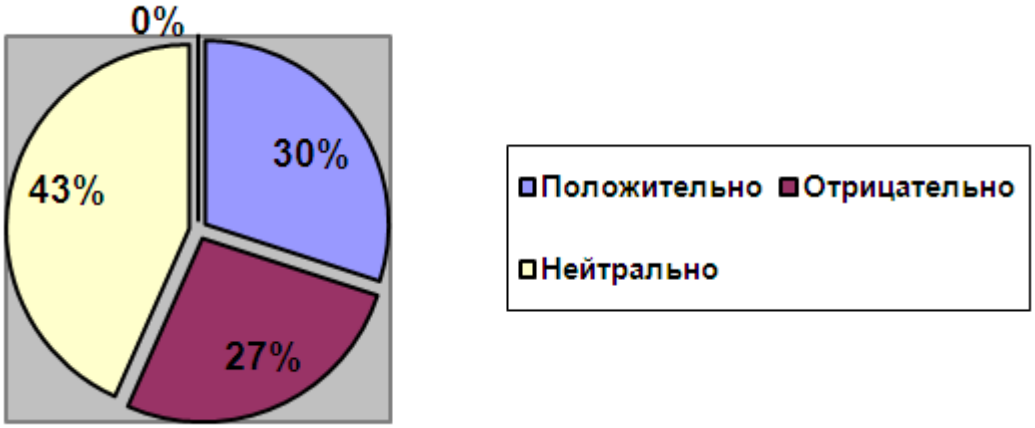


Диаграмма 1

Вопрос 2: Вы жалеете о том, что сделали татуировку или пирсинг? (из 7 студентов, имеющих тату или пирсинг)
Да – 2 человека
Нет – 5 человек

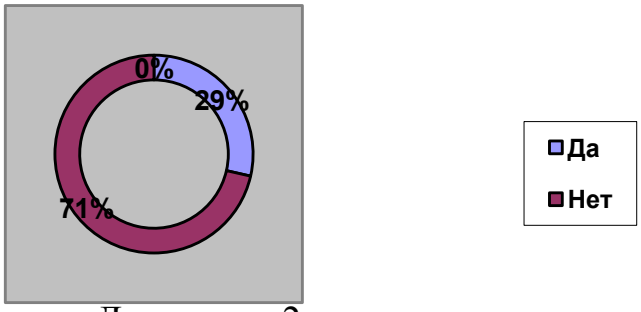


Диаграмма 2

Вопрос 3: Представляют ли опасность для здоровья татуировка и пирсинг?
Да - 14 человек
Нет - 8 человек
Не задумывались - 8 человек

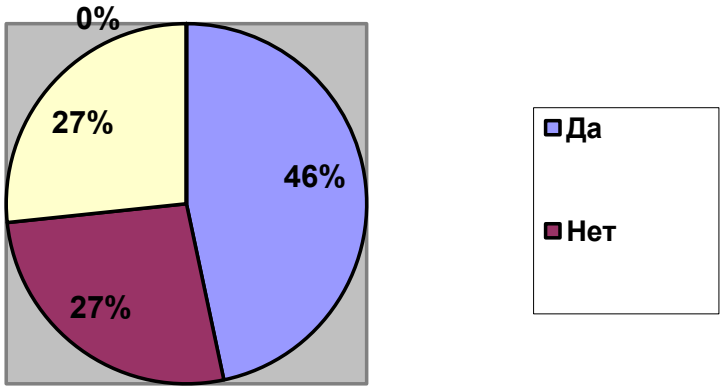


Диаграмма 3

Вопрос 4: Как вы думаете, может ли повлиять наличие татуировки или пирсинга на ваше трудоустройство и карьеру?
Да – 9 человек

Иногда – 4 человека
Не задумывались - 15 человек
Нет - 2 человек

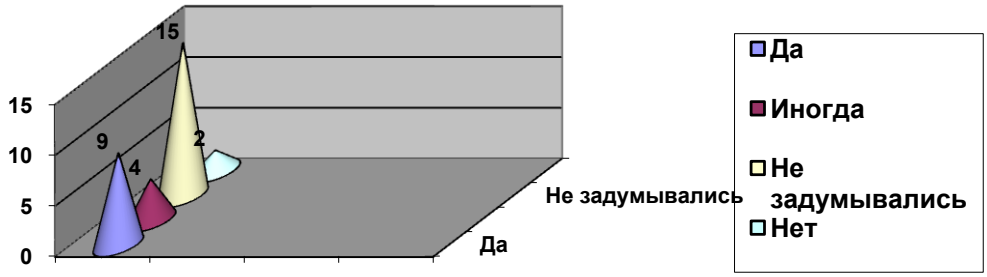


Диаграмма 4

Таблица 1
Вопрос 5: У вас имеется татуировка или пирсинг?

мужчины	женщины (кроме серег)
Да - 4 человека Нет – 11 человек	Да - 1 человек Нет – 15 человек

Таблица 2
Вопрос 6: У ваших детей имеются татуировки или пирсинг?

мужчины	женщины (кроме серег)
Да – 1 человек Не знаю, вроде нет - 5 человек Нет – 9 человек	Да - 3 человека Не знаю – 2 человека (ребенок взрослый) Нет – 11 человек

Таблица 3
Вопрос 7: Ваш ребенок спрашивал у вас совета или разрешения на татуировку, пирсинг?

мужчины	женщины (кроме серег)
Да – 2 человека Нет – 13 человек	Да – 4 человека Нет – 12 человек

По результатам социологического опроса взрослого населения было выявлено, что из 31 опрошенных респондентов (мужчин и женщин): отрицательно относятся к наличию пирсинга (кроме серег) и татуировкам на теле; положительно только 5 респондентов. Большинство считают, что большинство людей наносят татуировки и пирсинг на тело в дань моде, не задумываясь о возможных последствиях.

-Кроме этого они считают, что татуировки в основном ассоциируются с преступным миром или морально неустойчивыми людьми, не надежными.

-Наличие татуировок у себя отметило 5 человек, которые отметили, что сделали татуировки по молодости.

-Не все взрослые в полной мере осознают опасность для здоровья от таких процедур. Некоторые родители не знают, имеются ли, на теле у детей,

татуировки или пирсинг (в основном это мужчины). Это говорит о том, что не во всех семьях доверительные отношения.

-Однако большинство взрослых ответили – *да*, *вероятно,* что наличие татуировки или пирсинга может вызвать проблемы с трудоустройством и с карьерой. Поэтому, прежде чем сделать татуировку или пирсинг, надо хорошо подумать, чтобы потом не пожалеть!

Литература

1.Ерохина, Н.Н. Молодежные субкультуры: семиотический аспект [Текст] / Н. Н. Ерохина.// Социологические исследования - 2016. - №11. - С. 95-102.

2.Луков, В. А. Особенности молодежных субкультур в России [Текст] / В. А. Луков // Социологические Исследования - 2017. - №10. - С. 79-87.

3.Туркатенко. Молодежные субкультуры сегодня. [Текст] / А. Туркатенко // Знание - Сила. - 2017. - январь. - с. 59-64.

ОБОСНОВАНИЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ОРГАНОВ СЛУХА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗВУКОВОСПРОИЗВОДЯЩЕЙ ГАРНИТУРЫ

Неживой С.А.
обучающийся 1 курса
научный руководитель
Скворцова И.Е.,
преподаватель,
ГБПОУНО «НМК», г. Нижний Новгород

Сегодня на улицах любого города можно заметить, что подавляющее число представителей молодого поколения используют наушники, и эта тенденция из года в год только усиливается. Отоларингологи отмечают – сохранение такой динамики это прямая дорога к "глухомупоколению". О последствиях постоянного использования наушников ведутся дискуссии. Компании - производители стараются предупредить пользователя о негативном влиянии наушников на слух, указывая в инструкции информацию о вреде прослушивания громкой музыки. Однако игнорированиегигиенических требований наносит слуху непоправимый ущерб, что и определяетактуальность нашей работы.

Цель нашего исследования: выяснить характер воздействия звуковоспроизводящей гарнитуры на слуховой анализатор и отдаленные последствия ее применения.

Для достижения поставленной цели были сформулированы и решены следующие задачи:

1) Изучить научную литературу и интернет - источники по данному вопросу.
2) Охарактеризовать строение слухового анализатора в норме.
3) Выявить и оценить повреждающие факторы звукового воздействия.
4) Предложить комплекс профилактических мероприятий для поддержания слуха.

В норме звук, попадая в ушную раковину, фокусируетсяв слуховом проходе. Далее он распространяется как плоская волна и через 2— 3 сантиметра встречает на своем пути барабанную перепонку. Она представляет собой мембрану, которая удерживается в состоянии натяжения двумя мышцами – мышца, напрягающая барабанную перепонку (*tensortympani)* и стременная мышца (*tensorstapedius)*. Вдвижение её приводят колебания давления в наружном слуховом проходе. К барабанной перепонке присоединены три малые косточки: молоточек, наковальня и стремя, которые находятся в заполненной воздухом костной полости – среднем ухе. Стремя упирается в овальное окно — отверстие, ведущее во внутреннее ухо.

Среднее ухо можно считать акустическим трансформатором. Три косточки образуют плечи рычага, длины которых относятся приблизительно как 3:1. Учитывая разницу в площади поверхностей овального окна и барабанной перепонки, выясняем, что давление, передаваемое на овальное окно приблизительно в 20 раз больше, чем давление, испытываемое барабанной перепонкой.

Слуховой процесс завершается во внутреннем ухе. Этот отдел – лабиринт - представляет собой сложную систему трубочек, заключенных в височнуюкость черепа. В нем объединены два различных органа; одна его часть — это вестибулярный аппарат, включающий полукружные каналы (его более подробным рассмотрением можно пренебречь, так как он не участвует в слуховом процессе). Другая часть лабиринта, улитка, состоит из спиральной трубочки, заполненной жидкостью, называемой перилимфой. Улитка делится перегородкой на две параллельные полости: верхний и нижний каналы. Эти каналы на конце улитки соединяются небольшим отверстием в перегородке, называемым геликотремой.

Перегородка улитки состоит из мембраны Рейсснера и базилярной мембраны. Она содержит другую жидкость — эндолимфу. В пространстве между этими двумя мембранами находится орган Корти, содержащий приблизительно 24 000 волосковых клеток. Они расположены на базилярной мембране, имеющей волокнистую структуру, напоминающую струны арфы. Движение стремени в овальном окне вызывает колебания перилимфы, возможные благодаря тому, что круглое окно, расположенное в конце нижнего канала, затянуто гибкой мембраной, которая допускает, перемещение практически несжимаемой жидкости. Волосковые клетки в ближней к овальному окну части улитки отвечают за распознавание высоких частот, низкие частоты фиксируются в дальнем конце улитки. Средние частоты фиксируются, соответственно, в средней части.

В доступной нам литературе выделяют несколько механизмов повреждения. Для слуха, помимо импульсных шумов, пагубны длительные периоды непрерывного воздействия звука большой громкости. При воздействии звука средней или высокой частоты с уровнем около 90 дБ или немного выше, человек испытывает «временный сдвиг порога». Нормальный порог слухового восприятия — это самый низкий уровень, при котором

данный человек еще слышит звук той или иной частоты; после воздействия сильного шума этот порог заметно повышается.

Если воздействовать на испытуемого в течение 10 мин шума в частотной полосе 1200—2400 Гц при уровне звукового давления 100 дБ, то немедленно после прекращения шума у него обнаружится понижение чувствительности слуха[1]. Если раньше он слышал звук в 4000 Гц при уровне в 5 дБ, то, чтобы он смог его услышать после шумового воздействия, звук придется усилить до 20 дБ. Однако такое понижение слуха продолжится не более получаса, после чего остаточный сдвиг порога станет незаметным. Отмечено некоторое расхождение частот: сдвиг порога сильнее всего выражен для частоты 4000 Гц, хотя шум, вызвавший сдвиг, звуков этой частоты не содержал. Такое несоответствие характерно для понижения слуха, вызванного шумом, и причины его пока не вполне ясны. Почти всегда наибольший сдвиг порога слышимости наблюдается на более высокой частоте, чем частота шума, вызвавшего сдвиг. Далее, с увеличением времени воздействия и при повышении уровня шума увеличивается временный сдвиг порога и удлиняется период восстановления. Если, например, шум в 100 дБ при частотах 1200—2400 Гц длился 100 мин, то временный сдвиг порога превысит 30 дБ, а для восстановления нормального слуха потребуется около 36 ч.

Для гигиены слуха очень важно учитывать предельно допустимые нагрузки. Если воздействие громкого звука не происходит систематически, то остаточный эффект столь незначителен, что им можно пренебречь. Однако множество людей во всем мире постоянно подвергаются воздействию высоких уровней шума; эффект перестает быть временным, и с годами понижение слуха становится тяжелым и хроническим. Обычно жертвы шума склонны отрицать, что у них имеются проблемы со слухом.

Эквивалентный по энергии уровень звука - это уровень постоянного широкополосного шума, который имеет такое же среднеквадратичное звуковое давление, что и данный непостоянный шум в течение определенного интервала времени. Эта шкала особенно удобна в тех случаях, когда необходимо установить критерий риска повреждения слуха, поскольку она дает готовый рецепт для учета очень различных уровней шума, с которыми сталкивается человек, который в течение коротких периодов времени находится под воздействием разных уровней шума. Данные представлены в виде графика 1[1].

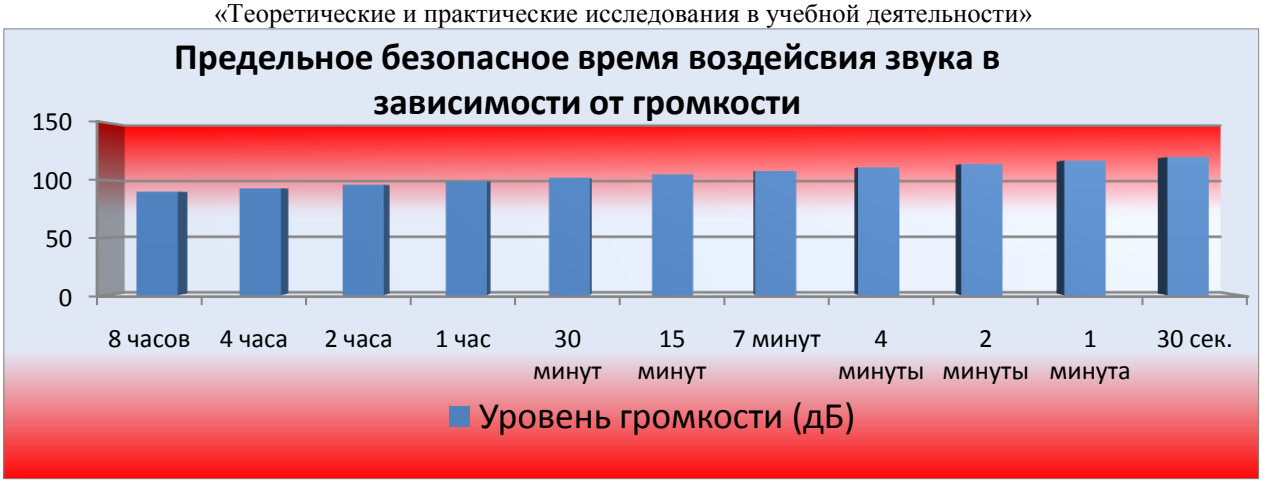


График 1. Предельное безопасное время воздействия в зависимости от громкости

Для возникновения травмы слухового анализатора основное значение имеет повторное и длительное действие звуков, вызывающих постоянное напряжение процессов внутриклеточного метаболизма в структурах слухового анализатора. Длительное действие звуков вначале ведет к слуховому утомлению, в дальнейшем вызывает нарастающие дистрофические изменения в слуховой системе и постепенно прогрессирующую тугоухость. Это выражено в дегенерации клеточных структур всего слухового анализатора — рецепторного аппарата, нервных волокон и соответствующих центральных образований корковых и подкорковых структур мозга [3].

Для выявления и оценки повреждающего фактора с помощью социальной сети «ВКонтакте» был проведен социологический анонимный опрос внутри сообщества «Подслушано во Владимире» с аудиторией на момент написания 115875 человек. Целью опроса являлось выяснение среднего уровня громкости прослушивания музыки в наушниках. За время анкетирования в опросе приняли участие 1545 человек. Данные представлены на графике 2 [4]

График 2. Предпочитаемая громкость прослушивания

Из полученных данных можно сделать выводы:

- Только 27,9 % опрошенных предпочитают громкость, имеющую наименьший риск нанести вред слуху.
- 44,8% находятся в зоне риска развития акустической травмы.
- 27,77% отметили, что они постоянно меняют громкость в зависимости

от окружающей обстановки, что так – же заслуживает внимания. Увеличение мощности воспроизведения в некоторых случаях может доходить до максимальных значений.

- Большинство предпочитает повышенную громкость прослушивания.

Таким образом, полученные результаты показали, что продолжительное прослушивание музыки на высокой громкости при использовании гарнитуры пагубно влияет на слух. По данным опроса в зоне риска оказываются 72,7% респондентов. А это значит, что в течение нескольких лет у них разовьются необратимые изменения слухового анализатора.

Учитывая вышеизложенную информацию, предлагаем комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение негативного воздействия наушников:

1) Дайте своим ушам отдохнуть, слушать музыку дома предпочтительнее через колонки.
2) Повышенная громкость внешних звуков (например, в автобусе или метро) не повод прибавлять громкость прослушиваемой музыки в наушниках.
3) Сделайте звук тише, если:
   - окружающие люди слышат то, что воспроизводится на вашем устройстве;
   - при разговоре вы не разбираете собственных слов.
4) Отдавайте предпочтение накладным моделям.
5) Ограничьте время прослушивания до пяти часов в день. Модели – вкладыши стоит применять до одного часа в сутки.
6) Не рекомендуется использовать внутриканальные наушники, которые ввиду своей конструкции помимо тугоухости, способны спровоцировать воспаление слухового прохода.
7) Откажитесь от прослушивания музыки в наушниках при употреблении спиртных напитков. Алкоголь притупляет восприятие боли и снижает чувствительность слуха, ввиду этого нагрузка на слуховой анализатор многократно возрастает.
8) Выбирайте устройство ответственно. Предпочтение стоит отдать широко известному популярному бренду, успевшему зарекомендовать себя. Малая стоимость – вероятный признак подделки, способной незаметно повредить ваш слух.

Литература

1.Шум. Пер. с англ. Д. И. Арнольда. Под ред. М. А. Исаковича. М., «Мир», 1978.С.71-99.

2.Какой вред от наушников? [Электронный ресурс]. –Pressmed.ru: медицинский портал о красоте и здоровье, 16.09.2018.–Режим доступа:https://pressmed.ru/vred-naushnikov/, свободный. –Загл. с экрана.

3.Большая советская энциклопедия: акустическая травма[Электронный ресурс]. - Под ред. Б. В. Петровского–М.: «Советская энциклопедия»; Москва, 1974.- Режим доступа: https://бмэ.орг/index.php/АКУСТИЧЕСКАЯ_ТРАВМА, свободный. – Загл. с экрана.

4.На какой громкости вы слушаете музыку в наушниках? [Электронный ресурс]. – Подслушано во Владимире: Социальный развлекательный проект, 16.10.19.–Режим доступа:https://vk.com/wall-57288440_2963430, свободный. – Загл. с экрана.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ РАСЧЕТЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

НоздрюхинаЭ.Е.,
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Князева О.Н.,
преподаватель,
Аркадакский филиал ГАПОУСО «СОБМК»

В настоящее время нам всё чаще приходится слышать о стремительном ухудшении здоровья населения, развитии таких заболеваний как рак, ожирение, нарушений психики, генетических заболеваний и других.

Такая болезнь, как сахарный диабет не стала исключением. С каждым годом она «молодеет» и захватывает всё больший контингент лиц разных возрастов. Если раньше, примерно 60 лет назад, сахарному диабету были подвержены лица пожилого и среднего возраста от 40 до 80 лет, то на сегодняшний день, этому заболеванию подвержены теперь и лица от 1 года до 60 лет.

Я, студентка Аркадакского филиала ГАПОУ СО «Саратовский базовый медицинский колледж», мне 17 лет и у меня сахарный диабет 1-го типа. Это заболевание появилось у меня в 8 лет. Точных причин, почему оно возникло у меня, я не знаю. Но с тех пор моя жизнь кардинально изменилась. У меня возникли трудности в плане информативности, смены образа жизни и привычек питания. В данный момент важна была любая информация о данном заболевании и умении начать жить с проблемой. В этом вопросе мне помогали медицинские работники. Поступив в учебное заведение, столкнулась с тем, что студенты в моей группе не могли правильно воспринимать меня. И мне захотелось узнать, а что им известно о таком заболевании. Проведя опрос, я поняла, что большая часть группы не знают симптомы и причины заболевания, как применять другие знания в свою пользу и для здоровья. Поэтому мне захотелось рассказать о том, что же такое сахарный диабет и как математические расчёты, связанные с этой болезнью, способны буквально спасти таким людям жизнь. Каждому человеку и особенно больному таким заболеванием необходимо знать и понимать, что же это такое?

Сахарный диабет — группа эндокринных заболеваний, связанных с нарушением усвоения глюкозы и развивающихся вследствие абсолютной или относительной недостаточности гормона инсулина, в результате чего развивается гипергликемия — стойкое увеличение содержания глюкозы в крови. Заболевание характеризуется хроническим течением, а также нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового,

минерального и водно-солевого. Кроме человека данному заболеванию подвержены также некоторые животные, например кошки и собаки.

Впервые сахарный диабет был выявлен в Древнем Египте. Лекари пробовали на вкус мочу пациента и если она, оказывалась со сладким привкусом – человека считали больным «сахарной болезнью», приводящей к постепенному истощению организма и к смерти. «Сахарная болезнь» поражала не только египтян, но и древних греков, римлян и другие народы.

Лекарство от «сахарной болезни» появилось лишь в 19-20 века, с помощью синтеза гормона инсулина крупного рогатого скота, свиней в человеческий гормон инсулин, участвующий в регулировании пищеварения и выводящий глюкозу из организма.

Выделяют основные классификации сахарного диабета:

1. Сахарный диабет 1-го типа или «юношеский диабет», однако заболеть могут люди любого возраста.

2.Сахарный диабет 2-го типа«У лиц с нормальной массой тела» и «У лиц с избыточной массой тела».

Яркими симптомами «сахарной болезни» являются: повышенное выделение мочи, постоянная, неутолимая жажда, резкое снижение массы тела, постоянный, неутолимый голод, сахар в моче.

Основные симптомы наиболее характерны для диабета 1-го типа. Они развиваются остро.

К вторичным симптомам относят признаки, развивающиеся медленно на протяжении долгого времени. Эти симптомы характерны для диабета как 1-го, так и 2-го типа: зуд кожи и слизистых оболочек, сухость во рту, общая слабость, долгое заживлении ран, наличие ацетона в моче.

Чаще всего диабет возникает на наследственной почве или при нездоровом образе жизни. Но бывают и другие причины — например, перенесенные заболевания.

Чтобы жить полноценной жизнью, не вредя своему организму, людям, имеющим сахарный диабет, нужно уметь правильно рассчитывать своё питание и дозу вводимого инсулина. И ребятам в группе я рассказала, как можно математические формулы применить при расчете питания больному.

Зачем это нужно? Организм людей, у которых нет диабета, естественным образом вырабатывает инсулин, когда обнаруживает слишком высокий или слишком низкий уровень глюкозы в крови. Поскольку организм людей с диабетом 1 и 2 типов не способен регулировать уровень сахара в крови естественным путем, ему нужна помощь в виде введения внешнего инсулина подкожно либо в живот, либо в бёдра, либо в плечи, либо в ягодицы. Доза вводимого инсулина зависит от количества питания, которое считается в Хлебных единицах (ХЕ).

В 1 ХЕ содержится 12 грамм углеводов. Все продукты можно измерить в этом показателе. На упаковке продукта всегда есть описания содержащихся в нём белков, жиров, углеводов, килокалорий и др. на 100 грамм.

Например, у вас в руках упаковка йогурта. В ней содержится 50 грамм йогурта. В строке описания вы видите обозначение: «в 100 граммах продукта

содержится 10 гр. углеводов…».

Расчёт:

100 гр. йогурта - 10 гр. углеводов

50 гр. йогурта – х гр. углеводов

100х = 500

х = 5 гр. углеводов в 50 гр. йогурта.

Чтобы получить 1ХЕ вам нужно, чтобы в продукте содержалось 12 гр. углеводов. А значит, вам нужно купить 3 таких йогурта, чтобы набрать 1ХЕ.

Углеводы содержаться не во всех продуктах. В мясе, рыбе, овощах, яйцах, сыре, твороге они практически отсутствуют.

В некоторых продуктах, например фруктах, невозможно определить количество углеводов по упаковке. В таких случаях людям с Сахарным диабетом выдаются специальные таблички «Расчёта ХЕ», где указаны продукты питания и количество Хлебных единиц, которые они содержат.

Например:

Крупное яблоко, 1 шт. содержит 2 ХЕ. Банан крупный, 1 шт. содержит 3 ХЕ. Абрикосы, 3 шт. содержат 1 ХЕ.

Сыпкие продукты, например крупы, сахар, какао, рассчитывают по количеству ложек, которые тоже указаны в таблице:

2 столовые ложки - 1ХЕ;

4 маленькие ложки - 1ХЕ.

Потребность ХЕ в сутки:детям 1-3 года – 10-11 ХЕ, детям 4-11 лет – 16-17 ХЕ, подросткам 12- 17 лет- 15 ХЕ, 18 лет и взрослые – 19-21 ХЕ (макс 25 ХЕ).

Моя суточная потребность в еде, как подростка, составляет 15 ХЕ. За один приём пищи я съедаю 5 ХЕ. В некоторых случаях допускается превышение этого количество на 1-2 ХЕ в виде перекуса. Но только в том случае, если параллельно будет вводиться дополнительная доза инсулина на расчёт 1 единица инсулина на 1 ХЕ.

Перекусы осуществляются по назначению врача между приёмом пищи утром, днём и вечером.

Моё меню на сутки составляет:

1. Завтрак – овсяная каша 3 ХЕ, бутерброд с маслом 1 ХЕ, яблоко – 1 ХЕ.

2. Обед – суп 1 ХЕ, вторе 2 ХЕ, десерт 2 ХЕ.

3. Ужин – каша 3 ХЕ, салат 1 ХЕ, йогурт 1 ХЕ.

Мой рацион как диабетика состоит из трехразового приема пищи: завтрак, обед и ужин.

Завтрак чаще всего состоит из пшенной, овсяной, гречневой, рисовой или другой на выбор. Расчет количества каши на 1 ХЕ производится по диабетической таблице расчета питания: 2 столовых ложек= 1ХЕ. Например. За один рацион мне нужно съесть 5ХЕ.

3ХЕ может составлять каша.

Расчет

1ХЕ-2 ст.л.

3ХЕ-хст.л.

х=3·2=6 ст.л. на 3ХЕ

Количество ХЕ которые будет составлять каша может быть разным в зависимости от вашего аппетита, но не выходящем за рамки допустимых ХЕ за 1 раз.

Оставшиеся 2ХЕ можно доесть продуктами содержащими от 1 ХЕ до 2 ХЕ- кусочек хлеба,яблоко, банан, салат, омлет и др.

Обед состоит из супа, второго и десерта. Жидкие продукты, такие как суп, компот рассчитывают по формуле, указанной в таблице расчета питания: половник на 1ХЕ.

Суп может составлять от 1 ХЕ до 2 ХЕ.

Второе – от 2ХЕ до 3ХЕ, а десерт 1ХЕ

Например, вам налили 3 половника супа и вам нужно это рассчитать в ХЕ, при условии, что ваша разовая порция 6ХЕ

1 половник=1ХЕ ⇨

3 половника = *х*ХЕ

х= 3ХЕ на 3 половника.

У вас осталось 3 ХЕ, которые можно доесть вторым или добавить еще десерт – яблоко, компот и другое.

Ужин обычно состоит из каши и десерта с таким же расчетом, как на обед и завтрак. Если вы захотите съесть печенку. Но не знаете как ее рассчитать по ХЕ, то нужно:

1. Посмотреть сколько грамм в пачке.
2. Посмотреть сколько содержится углеводов на 100 грамм.

Например, в пачке 500гр. Печеней в ней 5 штук. Углеводов на 100гр- 12

Расчет

100гр- 12угл

500гр- х уп

х= 60 угл в 500 граммах печенья

60:5 = 12 угл в 1 печенье

По таблице расчета питания: в 12 угл- 1ХЕ ⇨ в 1 печенье – 1ХЕ, так как в 1 печенье содержится 12 углеводов.

Самую главную роль при сахарном диабете играет вводимая доза инсулина. Инсулинотерапия основана на имитации физиологической секреции инсулина, которая включает:

1.базальную секрецию инсулина;

2. стимулированную (пищевую) секрецию инсулина.

Базальная секреция обеспечивает оптимальный уровень гликемии в межпищеварительный период и во время сна, способствует утилизации глюкозы, поступающей в организм вне приемов пищи.

Скорость её составляет 0,5-1 ед. в час или 0,16-0,2-0,45 ед. на кг фактической массы тела, то есть 12-24 ед. в сутки. На 1 хлебную единицу (ХЕ) вырабатывается, в среднем, примерно 1-1,5 ед. инсулина. 1 единица инсулина снижает сахар крови, в среднем, на 2,0 ммоль/л, а 1 ХЕ повышает его на 2,2 ммоль/л. Из среднесуточной дозы инсулина величина пищевого

инсулина составляет примерно 50-60 % , а на долю базального инсулина приходится 40-50 %.

Инсулин можно вводить не только вручную, но и с помощью специального аппарата – инсулиновой помпы. Этот медицинский аппарат с помощью специальных настроек способен автоматически вводить инсулин в организм человека, не прибегая к постоянным инъекциям.

В заключение хочется сказать, что даже с такой болезнью, как сахарный диабет и другими нарушениями в работе организма можно прожить нормальную и счастливую жизнь. Главное при этом соблюдать правила питания и приёма лекарства, так как это поможет избежать ухудшений, которые будут только осложнять вашу жизнь.

Рекомендации по сахарному диабету:

1. Во время принимать лекарства и назначенные дозы инсулина.
2. Стараться вести активный образ жизни и поддерживать хорошее настроение, так как это напрямую влияет на уровень сахара в крови.
3. Придерживаться назначенной диеты и научиться разнообразить её. Здоровое питание не подразумевает однообразное питание не вкусными кашами, овощами на пару и др. Эту диету можно сделать разнообразной и вполне вкусной. Например, добавить в овсяную кашу кусочки яблока, сделать бутерброд с маслом и сыром и запить все теплым компотом из сухофруктов. На обед потушить мясо с картошкой, а на ужин можно сделать тыквенную кашу, которая за счет тыквы будет казаться очень сладкой и приятной на вкус. Комбинирование таких продуктов помогает не только разнообразить диету, но и сделать блюдо очень красивым и интересным.
4. Своевременно обращаться к врачу и следить за своим здоровьем. Из-за диабета у большинства людей иммунитет значительно слабеет, раны на коже начинают заживать долго, появляются кожные болезни, болезни органов. Даже не значительная мозоль у человека больного диабетом может привести к заражению крови, а затем последующим ухудшениям. Чтобы этого не случилось нужно обращать внимание на всевозможные раны и общее состояние кожных покровов. В случае проблем с самочувствием или общим состоянием необходимо обратиться к врачу.
5. Выработать самоконтроль и силу воли. Порой всем диабетикам хочется съесть жареное, жирное, сладкое, копченое, соленое, особенно в праздник, когда пред глазами накрыт праздничный стол. Блюда на праздничном столе всегда выглядят аппетитно, но вы должны помнить, что вы получите минутное вкусовое удовольствие, а ваш организм лишиться целого часа жизненного цикла.

Соблюдая эти правила, человек с сахарным диабетом может прожить очень долго и без дискомфорта.

Литература

1. https://ru.wikipedia.org/wiki
2. https://ru.wikipedia.org/wiki
3. https://www.gmsclinic.ru/diseases/diabetes
4. https://shkoladiabeta.ru/school/sd1/urok-5-insulinoterapiya/

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Нуретдинова А.А.,
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Рыжкина Н.В.,
преподаватель,
ГАПОУ РБ «БМК», г.Белорецк

Приход осени и зимних холодов на нас наваливаются простуды и недомогания. Хуже всех приходится детям. Сквозняки, усталость, переутомление, постоянная скученность в команде, делают свое черное дело. Дети постоянно больны! Бронхита у детей разнообразны, и это является одним из наиболее распространенных заболеваний дыхательных путей. Течение заболевания может быть острым или хроническим. Острый бронхит, согласно современной классификации, упоминается как острое воспаление слизистой оболочки бронхов без признаков деструкции легочной ткани. Наиболее частой причиной бронхита ребенка является вирус, который поражает носоглотку в бронхиальной слизистой ткани.

В основном, бронхит встречается у детей, чья иммунная система ослаблена. Бактерии могут повлиять не только на слизистой оболочке бронхов, но также распространяется на окружающие органы, а также проникнуть глубже в бронхиальные ткани.

В результате воздействия аллергенов (пыльца, шерсть животных, пыль и т.д.), попавших вначале в носоглотку, а затем на дыхательные пути, в бронхах у ребенка начинается воспаление. Это реакция организма на иммунный ответ [1].

Цель исследования: изучали роль медицинской сестры в профилактике острого бронхита у детей дошкольного возраста.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в профилактике острого бронхита у детей, находящихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ.

Большая медицинская энциклопедия дает следующее определение острого бронхита - это острое диффузное воспаление слизистой оболочки бронхов или всей стенки.

Обструктивный бронхит - чаще встречается у детей. Комитет экспертов ВОЗ определила обструкции дыхательных путей, как сужение или непроходимость. У детей, особенно младшего возраста, сужение дыхательных путей при бронхите обусловлено отеком слизистой оболочки и выделением секрета в просвет бронхов.

Хронический бронхит - воспаление слизистой оболочки диффузного бронхиального дерева, характеризуется длительным течением с периодическими обострениями. Бронхит становится хуже во время инфекции дыхательных путей, в неблагоприятных климатических условиях. В большинстве случаев, результатом хронического бронхита является лечение,

который проводится несовременно или не было сделано до конца.

Бронхитом являются инфекции (грипп, корь, коклюш и туберкулез), токсические (при вдыхании токсичных газов, паров, кислот) в результате механических воздействий (уголь, известняк пыль) и под влиянием резкого охлаждения.

Бронхит может быть связан с аллергической реакции в организме, а также нарушение кровоснабжения легких пороков сердца.

Для того чтобы понять, как же предотвратить развитие первичного или повторного бронхита у маленького ребенка, давайте ознакомимся с факторами, которые к этому располагают:

- сырость в помещениях;
- холод;
- инфекция носоглотки;
- затруднения при дыхании через нос;
- длительное нахождение в коллективе (проезд в общественном транспорте, пребывание в группе детей в детском саду и т.д.);
- курение и вдыхание сигаретного дыма, которое особенно травмирует ткани дыхательных путей ребенка.

Влияние табачного дыма на развитие воспалений в бронхах малышей сложно переоценить. Он содержит более 4500 активно - действующих веществ.

Они могут оказать:

- раздражающее и даже токсическое воздействие на нежную детскую слизистую дыхательных путей, в том числе бронхов;
- уничтожают защитные способности реснитчатого аппарата поверхности бронхов;
- могут повреждать специфические и неспецифические защитные факторы;
- снижают функцию синтеза легочного сурфактанта;
- содействуют застою слизи;
- оказывают содействие снижению количества кислорода в составе крови малышей;
- служат фактором, провоцирующим появление бронхиальной астмы.

Страшная статистика говорит о наличие аллергии к табачному дыму у каждого четвертого ребенка курящих родителей [2].

Для профилактики бронхита необходимо улучшить иммунную систему, так как во время вспышки заболевания можно избежать простудных заболеваний.

Соблюдая профилактические меры, даже если ребенок болен, характер болезни будет протекать значительно проще. Для того, чтобы сохранить иммунную систему нельзя слишком переохлаждаться, особенно ноги. Но не надо создавать много тепличных условий для ребенка. Важно одеваться по погоде, научить ребенка приемам закаливания, прогулкам на свежем воздухе и физическим упражнениям.

Профилактика бронхита у детей включает в себя укрепление дыхательной системы, желательно посещать ребенком бассейна, чаще ходить по улице, чтобы научить глубоко и ритмично дышать.

Необходимо поддерживать влажность в квартире. Этот микроклимат защищает слизистые оболочки в горле, сухость в верхних дыхательных путях, чтобы поддерживать защитную функцию.

Важно, чтобы профилактика бронхита у детей проводилась с использованием витаминов. Главный помощник простуд является витамин С, он не только защищает организм от различных заболеваний, но и не дает обостряться хроническим. Витамин С лучше всего принимать с пищей, с отваром шиповника.

Другой помощник профилактики - Витамин Е, если его в теле недостаточно, вы должны пропить детский комплекс витаминов. Как правило, для профилактики заболеваний три раза в год ребенку необходимо принимать витамины, в мае, сентябре, в феврале [1].

Исследовательская работа проводилась на базе педиатрического отделения ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ. Опрашивались родители, в основном, мамы двадцати детей дошкольного возраста, больных острым бронхитом. Средний возраст детей, больных острым бронхитом, является 4 года.

Большинство матерей (по 40%) отметили самой высокой температурой у ребенка во время болезни была 37,7°С и 39°С, а меньшинство (20%) - 38°С.

Больше половины анкетированных (60%) ответили, что у их детей преобладал влажный кашель, меньшинство (по 20%) – сухой или гнойный с примесью крови.

На вопрос о частоте простудных заболеваний получены следующие результаты. 80% респондентов часто болею простудными заболеваниями (ОРВИ, грипп).

Результаты на вопрос о закаливании детей следующий. 65% не занимаются закаливающими мероприятиями.

Рекомендации родителям по профилактике бронхитов у детей

Что делать, если ребенок болен бронхитом? Бывает так, что даже при сильно ослабленном иммунитете профилактика бронхита у детей не защищает от болезней. И если бронхит схватил ребенка, то поэтому сначала должны соблюдать постельный режим, полоскать рот, мыть нос, делать процедуру ингаляции, делать ножную ванну, пить горячие напитки. Обратиться к врачу и соблюдать предписания. И не забывать отвар шиповника, зеленый чай с медом, теплый компот с сухофруктами и фруктами.

Народная медицина имеет много рецептов для лечения бронхита у детей. Всем известно о целебном влияние ножных ванн, растираниях согревающим средством. Тем не менее, родители должны знать, что эти процедуры можно проводить ребенку старшего возраста, если это не высокая температура.

Также существуют эффективные рецепты народных средств от бронхита у детей:

- Целебный шоколад. Берут 500 г алоэ (прокрученного через мясорубку), 500 г топленого свиного жира, 500 г шоколада, 1 кг меда (лучше липового), 500 г масла сливочного (можно уменьшить дозировку ингредиентов, но соблюсти указанную пропорцию). Все компоненты соединяют, нагревают до 35-40ºС, хорошенько перемешивают. Дают ребенку по столовой ложке трижды в день перед едой.
- Еловая патока. Пять чайных ложек измельченной хвои (еловой или сосновой) заливают 400 мл кипятка, настаивают 3 часа. Затем процеживают, добавляют 300г сахара и варят до загустения. Принимают еловую патоку по столовой ложке 5 раз в сутки.

Большое значение имеет профилактика бронхита у детей, особенно у тех, кто имеет ослабленный иммунитет и подвержен простудным заболеваниям. Для таких малышей необходимо правильно организовать режим дня, активный образ жизни. Нужно, чтобы ребенок проводил много времени на свежем воздухе, занимался физическими упражнениями. Хорошо часто болеющего малыша регулярно возить на море. Профилактика бронхита у детей, которые особенно подвержены этому заболеванию, может включать в себя прием витаминных препаратов, адаптогенных средств. Конечно же, такие лекарства должен подбирать только врач.

Ребенку следует много времени проводить на воздухе, подальше от автомагистрали.

Наиболее полезен малышу морской воздух, обогащенный йодом.

Кроме того рекомендуются несложные правила, позволяющие уберечь кроху от обструктивного бронхита.

Профилактика состоит из следующих рекомендаций:

- влажная уборка;
- ограничение аллергенов;
- защита ребенка от провоцирующих факторов (сухой воздух, неприятный табачный дым, резкий запах);
- свежий воздух;
- здоровый сон [3].

Распространённость бронхитов у детей 100-200 заболеваний на 1000 детей в год. На первом году жизни заболеваемость составляет 75, а у детей до 3 лет - 200 на 1000 детей.

Патогенному воздействию предрасполагающих факторов способствует наследственная несостоятельность защитных барьеров дыхательной системы, причем повреждение мукоцеллюлярного транспорта по мере развития острого бронхита усугубляется. Усиливается продукция слизи железами и бокаловидными клетками бронхов, что ведет к слущиванию реснитчатого призматического эпителия, оголению слизистой оболочки бронхов, проникновению инфекции в стенку бронха и дальнейшему его распространению.

Профилактическими считаются меры, препятствующие переходу острых заболеваний легких в затяжные, рецидивирующие и хронические.

Улучшение экологической ситуации способна снизить заболеваемость первичным хроническим бронхитом, а своевременная диагностика и удаление инородных тел бронхов, профилактика их аспирации, а также раннее распознавание и лечение ателектазов различного происхождения способны предотвратить развитие хронической пневмонии. Важной является своевременная вакцинация против гриппа и пневмококка, позволяющая снизить частоту обострений заболеваний [4].

Литература

1. Севостьянова Н. Г. Сестринское дело в педиатрии. Часть I – М.: АНМИ, 2012. – 319 с.
2. Филин В. А. Педиатрия: Учебник для студентов сред. мед. учеб. заведений / Вячеслав Александрович Филин. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 227 с.
3. Лечение бронхита в домашних условиях http://vsenarodnaya-medicina.ru/lechenie-bronhita-v-domashnih-usloviyah/
4. Обструктивный бронхит у детей – эффективные способы лечения http://doktordetok.ru/orz/obstruktivnyiy-bronhit-u-detey-lechenie

ТОВАРОВЕДЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ, РЕАЛИЗУЕМОЙ ЧЕРЕЗ АПТЕЧНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Овчинникова Н.А.
обучающаяся 3 курса
КалагинаТ.Ю.,
преподаватель,
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж», г. Йошкар-Ола

Нашу планету можно назвать водной или гидропланетой. По международной гидрологической программе, 97,7 % всех водных запасов - это соленая морская вода, не пригодная для питья. Оставшиеся 2,5 процента - пресная вода, но и здесь 70 % невозможно использовать, потому что это глетчеры или лед. Получается, что воды, которая реально пригодна к употреблению, очень, очень мало.

В научно-исследовательской работе было решило рассмотреть источники минеральных вод Республики Марий Эл: [2,с.7]

1. «Зеленый ключ» - минеральная вода «Кленовая гора»;
2. Источник Пантелеймона – Целителя – минеральная вода «Аква Мари»;
3. Источник артезианский – скважины № 1-39 Арбанского водозабора - минеральная вода «Сестрица».

Гипотеза: Возможно, что не все минеральные воды, купленные на территории Марий Эл, безопасны и полезны для здоровья.

Цель исследования: определение качества минеральной воды из различных источников Республики Марий Эл и проведение сравнительного химического анализа качества минеральных и бутилированных вод из различных источников Республики Марий Эл.

Задачи:

1. Изучение классификации и видов минеральных вод.

2. Определение нахождения источников минеральной воды Республики Марий Эл и их изучение.

3. Проведение сравнительного химического анализа минеральных вод из различных источников Республики Марий Эл и сравнение их с бутилированными образцами.

Методы исследования:

При выполнении данной работы нами были использованы следующие методы: наблюдение, сравнение, опыт, химически анализ, индукция, обобщение.

Источники минеральных вод республики Марий Эл:

Минеральный источник «Зеленый ключ» - минеральная вода «Кленовая гора», минеральная вода « Сестрица » - Арбанский водозабор, источник Пантелеймона Целителя – минеральная вода «Аква Мари».

Так же целью научного проекта является исследование минеральных вод на качество и безопасность.

1. Определение жесткости методом титрования с использованием реактивов [4, с. 57].

2. Определение кальция и магния, фторид-ионов методом инверсионной вольтамперометрии на аппарате Томаналит-4 [1, с. 7].

3. Определение щелочности воды на аппарате pH-метр [4, с 57].

4. Определение фторидов методом титрования с использованием хромовокислого калия и азотнокислого серебра с последующим пересчетом [5, с 1].

5. Определение сульфат-ионов фотоколориметрическим методом на аппарате- КФК-2 [5].

6. После проведения всех анализов проводится компьютерная обработка данных и выдается протокол исследований.

На сравнительный анализ нами были взяты следующие образцы минеральных вод Республики Марий Эл:

Обобщенные показатели				
	Вода питьевая первой категории «Аква Мари»	Вода из источника Пантелеймона-Целителя		
Определяемые показатели	Результат исследований	Результат исследований	НД на методы исследования	Нормативы
Жесткость	6,40 Ж	6,00 Ж	ГОСТ 31954-2012	5-10 Ж
Общая минерализация	378,40 мг/дм3	376,7 мг/дм3	ГОСТ 18164-72	Метод, основанный на определении по сухому остатку

Кальций	75,30 мг/дм3	74,21 мг/дм3	ПНД Ф 14.1:2.95-97	1,0-100 мг/дм3
Магний	68,4 мг/дм3	69,50 мг/дм3	ПНД Ф 14.1:2.95-97	1,0-100 мг/дм3
Карбонаты	255,7 моль/л	256,9 моль/л	ГОСТ Р 52963-2008	По формуле $A_x = \frac{c(HCl)(V_7 - V_8)\cdot 1000}{V_6}$,

Общие выводы

Исследование показало, что все три образца минеральных вод, а именно «Кленовая гора», «Сестрица» и «Аква Мари», удовлетворяют всем требованиям нормативной документации.

Из полученных данных, можно сделать выводы:

1. В ходе проведения контроля качества минеральных вод, было выявлено, что их сравнение с образцами источников, удовлетворяют всем требованиям нормативной документации.

2. После проведения химических анализов выяснилось, что все образцы минеральной воды являются гидрокарбонатными, т.к для подземных почв Республики Марий Эл характерны именно гидрокарбонатные породы минеральных веществ.[3, с. 152-153].

3. Проведенные нами исследования доказали, что минеральные воды Республики Марий Эл – это качественные, чистые и полезные воды, которые мы можем употреблять и не бояться, что навредим своему здоровью.

Моя гипотеза не подтвердилась. Вся минеральная и бутиллированная вода, производимая в Республике Марий Эл, безопасна и полезна для здоровья.

Литература

1. ГОСТ 13273-88. Воды минеральные питьевые лечебные и лечебно-столовые. Технические условия.-5 с.
2. ГОСТ 13273-88 "Воды минеральные питьевые лечебные и лечебно-столовые".-7 с.
3. Департамент экологической безопасности, природоиспользования и защиты населения Республики Марий Эл, доклад об экологической ситуации в Республике Марий Эл за 2012 год, 2013. – 152-153 с.
4. Иванов В.В., Невраев Г.А. Классификация подземных минеральных вод, - М. -57с.
5. ПНД Ф 14.1:2.95-97 Количественный химический анализ вод. Методика выполнения измерений массовой концентрации кальция в пробах природных и очищенных сточных вод титриметрическим методом-1 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА МОЛОКА РАЗЛИЧНЫХ ТОРГОВЫХ МАРОК

Орлов А.С.
студент 2 курса
научный руководитель
Смирнова Д. В.,
преподаватель ,
ОГБПОУ «Костромской областной медицинский колледж им. С. А. Богомолова»

Жизнь любого человека немыслима без молока. Проведенный нами опрос (в анкетировании участвовало 150 человек) показал, что покупают его часто как компонент здорового питания, но большинство людей не знают, чем молоко действительно полезно.

Молоко по праву считается универсальным пищевым продуктом. Сложно перечислить количество и категории продуктов питания, при приготовлении которых используется этот ценный и замечательный продукт. Важность молока в детском и диетическом питании неоспорима. Кроме основных компонентов - белков, углеводов и жиров в состав молока входит около 200 полезных веществ. По пищевой ценности, то есть удовлетворению физиологических потребностей организма в основных микроэлементах молоко является уникальным продуктом и может заменить любой продукт, но ни один продукт не заменит молоко.

Конечно же, для того чтобы молоко стало помощником в сохранении здоровья необходима своевременность и регулярность приема, впрочем так же как и качество потребляемого продукта. Очень важно употреблять в пищу качественное молоко, в котором химический состав и пищевая ценность являются максимально сбалансированными.

В настоящее время на прилавках костромских магазинов имеется большой выбор молока от различных производителей нашей области и других регионов нашей страны. Интерес к качеству молока и молочных продуктов у населения всегда является постоянным. [10]

Гипотеза: если провести анализ молока и выяснить, какой производитель выпускает самый качественный и полезный продукт, то можно рекомендовать эту марку для регулярного потребления.

Цель работы: исследование качества молока различных торговых марок, реализуемых на предприятиях розничной торговли г. Костромы.

Задачи:

- провести анкетирование потребительских предпочтений молока обучающихся и педагогов;
- изучить литературу с целью установления факторов, определяющих качество и ценность данного продукта;
- освоить методы определения органолептических и физико-химических показателей молока различных производителей, реализуемых в розничной

продовольственной сети г. Костромы;

Предмет исследования: органолептические и физико-химические показатели молока.

Объект исследования: молоко различных торговых марок, реализуемых в г. Костроме.

Методы исследования:

Теоретические методы. Экспериментальные: метод органолептической оценки запаха и вкуса, метод определения плотности молока ареометрическим методом, гравиметрический метод определения сухого вещества, индикаторный метод определения кислотности, кислотный метод определения жира, метод определения белка по Кьельдалю.

Результаты исследования. Органолептические показатели.

Все образцы молока внешне непрозрачные жидкости, цвет белый. Консистенция жидкая, однородная, не тягучая. Вкус и запах характерный для молока, без посторонних запахов и вкусов.

Физико-химические показатели.

Таблица № 1. Показатели массовой доли белка в молоке

№	Наименование продукции	Нормированное значение (в %, не менее)	Результаты исследования(в %, не менее)
1	Молоко ультрапастеризованное «Домик в деревне», м.д.ж. 3,2 %	3, 0	3, 0
2	Молоко Вологодское пастеризованное, м.д.ж. 2,5 %	3, 0	3, 0
3	Молоко «Простоквашино» пастеризованное,м.д.ж. 2,5 %	3, 0	3, 0
4	Молоко «Левашово» пастеризованное, м.д.ж. 3,2 %	3, 0	3, 0
5	Молоко «Караваево» пастеризованное, м.б.ж 2,5 %	3, 0	3, 0
6	Молоко «Космол» пастеризованное м.д.ж 1,5 %	3, 0	3, 0
7	Молоко «Минское» пастеризованное м.д.ж 2,5 %	3, 0	3, 0
8	Молоко «МолПром» пастеризованное, м.д.ж 2,5 %	3, 0	3, 0

Таблица № 2. Показатели массовой доли жира в молоке

№	Наименование продукции	Нормированное значение (в %, не менее)	Результаты исследования (в %, не менее)
1	Молоко ультрапастеризованное «Домик в деревне», м.д.ж. 3,2 %	3, 0	3, 0
2	Молоко Вологодское пастеризованное, м.д.ж. 2,5 %	2,5	2,5
3	Молоко «Простоквашино» пастеризованное,м.д.ж. 2,5 %	2,5	2,5
4	Молоко «Левашово» пастеризованное, м.д.ж. 3,2 %	3, 0	3, 0
5	Молоко «Караваево» пастеризованное, м.б.ж 2,5 %	2,5	2,5

6	Молоко «Космол» пастеризованное м.д.ж 1,5 %	1,5	1,5
7	Молоко «Минское» пастеризованное м.д.ж 2,5 %	2,5	2,5
8	Молоко «МолПром» пастеризованное, м.д.ж 2,5 %	2,5	2,5

Таблица № 3. Показатели плотности

№	Наименование продукции	Нормированное значение (кг/м^3, не менее)	Результаты исследования (кг/м^3, не менее)
1	Молоко ультрапастеризованное «Домик в деревне», м.д.ж. 3,2 %	1027,0	1027,0
2	Молоко Вологодское пастеризованное, м.д.ж. 2,5 %	1027,0	1027,0
3	Молоко «Простоквашино» пастеризованное,м.д.ж. 2,5 %	1027,0	1027,0
4	Молоко «Левашово» пастеризованное, м.д.ж. 3,2 %	1027,0	1027,0
5	Молоко «Караваево» пастеризованное, м.б.ж 2,5 %	1027,0	1027,0
6	Молоко «Космол» пастеризованное м.д.ж 1,5 %	1027,0	1027,0
7	Молоко «Минское» пастеризованное м.д.ж 2,5 %	1027,0	1027,0
8	Молоко «МолПром» пастеризованное, м.д.ж 2,5 %	1027,0	1027,0

Таблица № 4. Показатели кислотности

№	Наименование продукции	Нормированное значение (градусов Тернера, не более)	Результаты исследования (градусов Тернера, не более)
1	Молоко ультрапастеризованное «Домик в деревне», м.д.ж. 3,2 %	21,0	16,0
2	Молоко Вологодское пастеризованное, м.д.ж. 2,5 %	21,0	16,0
3	Молоко «Простоквашино» пастеризованное,м.д.ж. 2,5 %	21,0	16,0
4	Молоко «Левашово» пастеризованное, м.д.ж. 3,2 %	21,0	16,0
5	Молоко «Караваево» пастеризованное, м.б.ж 2,5 %	21,0	16,0
6	Молоко «Космол» пастеризованное м.д.ж 1,5 %	21,0	16,0
7	Молоко «Минское» пастеризованное м.д.ж 2,5 %	21,0	16,0
8	Молоко «МолПром» пастеризованное, м.д.ж 2,5 %	21,0	16,0

Таблица № 5. Показатели содержания сухих веществ

№	Наименование продукции	Нормированное значение (в %, не менее)	Результаты исследования (в %, не менее)
1	Молоко ультрапастеризованное «Домик в деревне», м.д.ж. 3,2 %	8,2	8,2

2	Молоко Вологодское пастеризованное, м.д.ж. 2,5 %	8,2	8,2
3	Молоко «Простоквашино» пастеризованное,м.д.ж. 2,5 %	8,2	8,2
4	Молоко «Левашово» пастеризованное, м.д.ж. 3,2 %	8,2	8,2
5	Молоко «Караваево» пастеризованное, м.б.ж 2,5 %	8,2	8,2
6	Молоко «Космол» пастеризованное м.д.ж 1,5 %	8,2	8,2
7	Молоко «Минское» пастеризованное м.д.ж 2,5 %	8,2	8,2
8	Молоко «МолПром» пастеризованное, м.д.ж 2,5 %	8,2	8,2

Выводы

Большинство респондентов покупают молоко в супермаркете или магазине для себя и членов семьи в картонной упаковке. Предпочитают молоко торговых марок «Караваево» и «Вологодское» с жирностью пастеризованное 2,5 %. Оказалось, что опрошенные не понимают разницу по степени обработки молока и не могут объяснить, чем оно полезно. В своем выборе они руководствуются, прежде всего, датой изготовления и сроком хранения, меньше всего обращают внимание на цену, жирность и производителя.

В результате проведенного анализа органолептических и физико-химических свойств молока 8 торговых марок, реализуемых в розничной сети г. Костромы, отклонений от ГОСТ мы не обнаружили.

Литература

1. ГОСТ 31450-2013 Молоко питьевое. Технические условия.

2. Жванко Ю. Н., Панкратова Г. В., Мамедова З.И. Аналитическая химия и технологический контроль в общественном питании. — М.: Высшая школа, 1989.

3. ГОСТ 28283-89 Молоко коровье. Метод органолептической оценки запаха и вкуса

4. Злотников Э. Г., Эстрин З. Р. Особенности организации экспериментальных работ // Химия в школе. — 1997. - № 4. - С. 66-68.

5. ГОСТ 23327-98. Молоко и молочные продукты. Метод измерения массовой доли общего азота по Кьельдалю и определение массовой доли белка.

6. ГОСТ 5867-90 Молоко и молочные продукты. Методы определения жира

7. ГОСТ Р 54758-2011. Молоко и продукты переработки молока. Методы определения плотности.

8. ГОСТ Р 54669-2011. Молоко и продукты переработки молока. Методы определения кислотности.

9. ГОСТ 3626-73. Молоко и молочные продукты. Методы определения влаги и сухого вещества.

10. Скурихин Н. М., Нечаев А. П. Все о пище с точки зрения химика. - М.: Высшая школа, l99l.

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАНЕСЕНИЕМ ТАТУИРОВОК

Павлова Е.С.,
обучающаяся 4 курса
научные руководители
Валиева Г.И., преподаватель,
Карпова О.В., зав. методическим отделом,
Галимуллина Р.Ф., преподаватель,
ГАПОУ «Нижнекамский медицинский колледж»,
г.Нижнекамск

В настоящее время существует модная тенденция украшать свое тело оригинальным рисунком. Согласно статистике, сейчас каждый четвертый человек в возрасте от 18 до 30 лет имеет хотя бы один рисунок на теле [13].

Актуальность темы заключается в том, что, врачи всех стран все чаще говорят о том, что татуировки могут нанести непоправимый вред здоровью и, даже, могут стать причиной смерти. Последствия татуировок для человека могут проявляться как сразу после нанесения чернил, так и спустя большое количество лет. Следует знать, что татуировка считается мини операцией. Краски для татуировок могут вызвать сильнейшие аллергические реакции.

Люди, решившиеся на нательное украшение, часто не задумываются о том, что нанесение татуировки может иметь серьезные медицинские и социальные последствия.

Цель исследования: раскрыть медицинские и социальные проблемы, связанные с нанесением татуировок.

Задачи:

1.Изучить понятие «татуировка», классификацию татуировок, химический состав красок для татуировок.

2.Проанализировать статистикуосложнений после нанесения татуировок по данным Нижнекамского кожно-венерологического диспансера.

3.Провести эксперименты влияния ионов тяжелых металлов на молекулу белка.

4.Выяснить отношение к татуировкам и информированность студентов о медицинских и социальных проблемах, связанных с татуировками.

5.Ознакомить студентов с результатами исследования.

Гипотеза: предполагается, что всестороннее исследование проблем татуирования может способствовать пониманию медицинских и социальных последствий и осознанному, ответственному отношению молодежик своему здоровью ибудущей профессиональной деятельности.

Объект исследования: понятие «татуировка», классификация татуировок, химический состав красок для татуировок.

Предмет исследования: медицинские и социальные проблемы, связанные с нанесением татуировок.

Методы исследования: изучение теоретических источников, анализ статистики, эксперимент, анкетирование, сравнительный анализ данных

социологического исследования.

Новизна работы состоит в том, что впервые на уровне колледжа проведено изучение медицинских и социальных проблем, связанных с нанесением татуировок. Посредством эксперимента показано воздействие ионов тяжелых металлов на биологические объекты, и последствия такого воздействия на живые организмы. Представлен результат разъяснительной работы – это сокращение количества студентов, желающих нанести татуировку.

Теоретическая значимость работы: изучены исторический аспект появления тату-рисунка, химический состав красок тату и их влияние на живые организмы. Получены статистические и экспериментальные данные, доказывающие, возникновение проблем медицинского и социального характера, в связи с нанесением татуировок.

Практическая значимость работы: на основе результатов исследования разработана памятка – разъяснение, главным требованием которой является правило: «Не вреди себе и своему здоровью!». Материалы исследовательской работы можно использовать при изучении соответствующих тем на предметах профессионального, естественнонаучного, гуманитарного циклов, а также при проведении внеаудиторных мероприятий, классных часов.

Татуировка– процесс нанесения перманентного (стойкого) рисунка на тело, выполняемого методом местного травмирования кожного покрова с внесением в подкожную клетчатку красящего пигмента [6]. Существует классификация татуировок по глубине введения красящего вещества:

Эпидермальная татуировка (временная татуировка)–нанесение рисунков на кожу путём пропитывания эпидермиса красящими веществами (например, хной).

Дермальная татуировка, которая может быть поверхностной и глубокой:

Поверхностная дермопигментация – татуаж, проводимый путём введения пигментов (красителей) в сосочковый слой дермы.

Глубокая дермопигментация–татуаж, проводимый путём введения пигментов (красителей) в глубокие слои кожи.

Медицинские проблемы

Основные противопоказания для нанесения татуировок: пониженная свертываемость крови, сахарный диабет, беременность, воспалительные заболевания и др.

Возможными последствиями нанесения татуировок могут быть: аллергические реакции, заболевания кожи, рак кожи, заражение гепатитом и ВИЧ и др. Людям, у которых есть татуировки, нельзя проводить некоторые медицинские исследования, например МРТ, так как тату может воспалиться или загореться.

Социальные проблемы: разочарование, желание удалить татуировку, негативное отношение общества к татуированным людям, проблема с трудоустройством, проблема с выбором одежды.

Психологи и психиатры всего мира пришли к однозначному выводу, что чрезмерное увлечение татуировками может привести к так называемой тату-зависимости, когда желание сделать очередную татуировку, превышает все разумные доводы и соображения.

Результаты эксперимента: Как писал Ф.Энгельс «Жизнь есть способ существования белковых тел…» и основу всех живых клеток, а также клеток кожи составляет белок. В состав красок для татуировок входят соединения тяжелых металлов: ртути, свинца, меди, кадмия, никеля, хрома, ионыкоторых, губительно влияют на белки клеток. В подтверждение этого в химической лаборатории колледжа, провели эксперименты.

Опыт 1. Осаждение белков солями тяжелых металлов. **Цель опыта**: показать разрушительное действие солей тяжёлых металлов на белки. **Наблюдения:** белок моментально свернулся в чашках Петри № 2,3,4 в которые добавили соли тяжёлых металлов. **Вывод:** ионы тяжёлых металлов разрушают структуру белка. Этот процесс называется денатурацией.

Опыт 2. Исследование активности амилазы: естественную и под действием солей тяжелых металлов. **Цель опыта**: показать отрицательное действие солей тяжелых металлов на ферментативную активность амилазы. **Наблюдение:** 1.Крахмал, амилаза, вода –Синее окрашивание исчезает со временем. 2.Крахмал, амилаза, $CuSO_4$-Синее окрашивание не исчезает.3.Крахмал, амилаза, $FeCI_3$-Синее окрашивание не исчезает. **Вывод:** Соли тяжелых металлов, снижают активность фермента амилазы – являются ингибитором, блокирующим активный центр.

Результаты статистических данных

1.За 2016-2018 г. в Нижнекамский кожно-венерологический диспансер обратились 41 человек с осложнениями после нанесения татуировок. Количество обратившихся из года в год увеличивается.

2.За данный период с осложнениями после поверхностного нанесения татуировок обратились 12 человек, а после подкожного 29 человек.

3.На первом месте по осложнениям – фотоиндуцированная реакция, на втором месте – аллергический контактный дерматит.

Результаты социологического опроса. Проведено анкетирование 243 студентов колледжа, которое проходило в два этапа. После 1 этапа в группах проведены классные часы на тему: «Татуировки: это надо знать». После проведения классных часов прошел 2 этап и сравнение полученных результатов.

1. Отрицательное отношения студентов к татуировкам, увеличилось на 7%.

2. До беседы 52% не знали о вредном влиянии татуировок на здоровье.

3. До проведения беседы всего 43% респондентов знали об осложнениях после нанесения татуировок.

4. К сожалению, 69% респондентов не знали о проблемах, которые могут возникнуть при выполнении медицинских манипуляций после нанесения татуировок.

5. Только 47% респондентов знали о социальных проблемах, связанных

с нанесением татуировок.

6. Из 243 человек, у 27 сделаны татуировки. Каждый имеет свою причину. 35 % отметили свой выбор как «значимое событие», у 20% – способ самовыражения, 27% не захотели указать причину нанесения татуировки, 6% сделали тату за компанию, что свидетельствует как о необдуманном решении. Анализируя, ответы, можно сказать, что все названные причины, не выдержат испытания временем: мода пройдет, событие потеряет свою значимость, а самореализоваться можно в успешной карьере, в крепкой семье и т.д.

7. У 26% опрошенных возникли медицинские проблемы, связанные с татуировками.

8. Во время беседы выяснили, что в основном у респондентов были аллергические реакции, которые проявлялись в виде зуда, отеков, покраснения, сыпи, переходящие в некоторых случаях, в экзему.

9. У 62% респондентов, имеющих татуировки, возникли проблемы социального характера.

10. В основном возникают проблемы осуждения со стороны окружающих – 39%, желание удалить татуировку – 26% и разочарование в результате татуировки –24%. И это значит, что человек имеющий татуировки в повседневной жизни в социуме испытывает массу проблем, которые сказываются как на его психике, так и на эмоциональном состоянии.

11. До проведения беседы 65% респондентов хотели сделать еще одну татуировку, после проведения беседы количество желающих уменьшилось на 28%.

Сравнительный анализ данных социологического исследования, показывает рост количества студентов, понимающих серьезность проблем, связанных с татуированием. Отношение студентов, прослушавших лекции по поводу проблем, связанных с татуированием, изменилось, и они задумались о своем здоровье и жизни в обществе. Те, кто до беседы хотели сделать еще одну татуировку, после беседы решили еще раз взвесит все «за» и «против» и прийти к окончательному выводу стоит ли им еще раз рискнуть своим здоровьем, ради красивого рисунка на теле.

Гипотеза подтвердилась.

Подводя итог, можно сделать вывод, что татуировка несет прямую угрозу здоровью и социальному благополучию человека.

Лучшая кожа – здоровая, чистая кожа! Учитесь ценить своё здоровье! Только оно останется модным течением на все времена и никому никогда не надоест.

Литература

1.Бабакова, А. Татуировка: [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://shkolazhizni.ru/psychology/articles/71395/ Shkolazhizni.ru

2. Венецкий, С.И. Рассказы о металлах/ С. И. Венецкий.-М.: Металлургия, 1970

3.Гайворонский, И.В. Анатомия и физиология человека: Учебник /И.В.

Гайворонский, Г.И.Ничипорук, А.И.Гайворонский.- 3-е изд., стер.- М: Академия, 2007.

4.Есть тату – нет работы: как работодатели относятся к «разноцветным» сотрудникам: [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://atas.info/reviews/stil-zhizni/est-tatu-net-raboty-kak-rabotodateli-otnosyatsya

5. Малов, В.А. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: Учебник/ В.А. Малова.- М.: Академия, 2005.

6.Татуировки: Википедия: [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://ru.wikipedia.org

7.Медицинские риски татуировок: [Электронный ресурс].- Режим доступа:http://zhividolgo36.ru/about_health_and_longevity/tips/medicinskie_riski_tatuirovok/

8. Паттерсон, Р. Аллергические болезни: диагностика и лечение / под ред. А.Г. Чучалина.- М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.

9. Последствия нанесения татуировки: фото, видео: [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://otravlen.ru/posledstviya-naneseniya-tatuirovki-foto-video.

10.Смирнов, А.Н. Внутренние болезни/ А.Н. Смирнов, А. М. Врановская-Цветкова – М., 1992

11. Татуировки, о чём нужно знать: [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.eurolab.ua/skin-beauty/2467/2472/18637

12. Трифонов Д.И. Как были открыты химические элементы: Пособие для учащихся / Д. И. Трифонов., В. Д. Трифонов .- М.: Просвещение, 1980.

13. Чем опасны для человека татуировки?:[Электронный ресурс].- Режим доступа:http://brjunetka.ru/chem-opasnyi-dlya-cheloveka-tatuirovki/

14. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни: учебник/ Н.И. Федюкович.- 8-е изд., стер.- Ростов н/Д: Феникс,2012.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТА, ЗАБОРЕ, ХРАНЕНИИ И ТРАНСПОРТИРОВКЕ КРОВИ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Панкеева В.С.,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Старкова Т.И.,
преподаватель,
Кинель-Черкасскийфилиал
ГБПОУ ТМедК

Оснащение клинико-диагностических лабораторий современными полностью автоматическими анализаторами привело к более высоким требованиям к условиям взятия, хранения и срокам доставки проб. Повысилась чувствительность самих методик, объем анализируемого образца уменьшился в десятки раз. В результате качество анализируемого образца приобрело чрезвычайное значение, а влияние преаналитического

этапа стало решающим. Появление даже незначительных ошибок на преаналитическом этапе неизбежно приводит к искажению качества окончательных результатов лабораторных исследований. Основная роль в преаналитическом этапе принадлежит медицинским сестрам.

На базе ГБУЗ СО «ЦРБ» проведено наблюдение с целью оценки деятельности процедурных медицинских сестер по подготовке пациента, качеству забора, хранению и транспортировке крови для лабораторного исследования. Разработан лист наблюдения, определена область проверок. В план контроля включен преаналитический этап лабораторного исследования в процессе подготовки к взятию материала, в процессе взятия материала, в процессе хранения и транспортировки проб. Наблюдение за технологией забора крови из вены на биохимическое исследование проводилось в отношении 7 процедурных медицинских сестер.

Таблица - 1. Результаты анкетирования медицинских сестер

вопросы / ответы	Идентификация пациента	Уточнение условий подготовки к лабораторным исследованиям крови	Маркировка пробирок после идентификации пациента
Да	57%	29%	57%
Нет	43%	71%	43%

Отмечено при взятии крови 43% процедурных медицинских сестер не уточнили ФИО пациента и не сверили с данными направления на анализ. В ходе беседы выяснилось, что они знают всех пациентов, госпитализированных в отделение. Но если медсестра перепутает фамилии, то это приведет к выдаче пациентам не их результатов и будет назначено неадекватное лечение.

Важным условием, гарантирующим достоверный результат анализа, является правильная подготовка пациента непосредственно к сдаче анализа. 71% процедурных медицинских сестер не уточняли у пациентов соблюдение условий подготовки к забору крови. Такие факторы, как питание, физическая нагрузка, стресс, прием лекарственных средств, могут влиять на результаты лабораторных исследований. В ходе беседы с пациентами в двух отделениях зафиксировано, что большинству пациентов медсестры не объясняют правила подготовки либо объясняют недостаточно, не акцентируя внимание пациентов на особенностях подготовки. Отсутствие подготовки пациента дежурной медсестрой, отсутствие контроля условий подготовки пациента процедурной медсестрой приводит к потере времени и средств на проведение повторного исследования, возможно назначению ненужных дополнительных исследований пациенту, увеличению времени постановки точного диагноза, некорректному назначению терапии, снижению доверия пациентов к лаборатории и медицинской организации в целом.

57% медсестер промаркировали пробирки после идентификации пациента, 43% промаркировали пробирки по данным направления, не уточняя ФИО пациента. Только после обязательной идентификации пациента должны быть соблюдены требования маркировки пробирок, что позволит исключить их перепутывание.

Жгут всеми медсестрами накладывался без контроля наличия пульса на лучевой артерии (рис.1).При наложении жгута должно быть соразмерное сдавливание вены, которое определяется под контролем наличия пульса на лучевой артерии.

Длительность наложения жгута у 57% медсестер составил до 1 минуты, у 43% - более 1 минуты. Рекомендуемая продолжительность пережатия сосудов жгутом при венепункции шприцем должна быть не более 1 минуты.

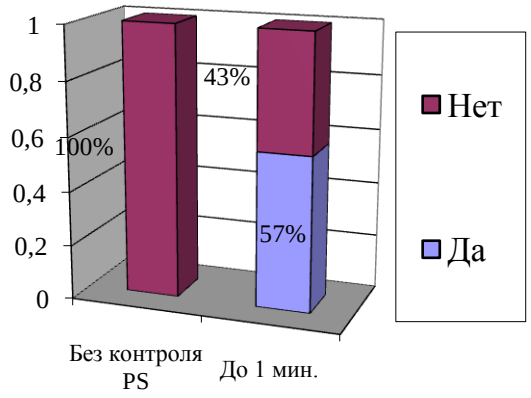


Рис. 1. Степень и длительность накладывания жгута перед венепункцией

Перед венепункцией одноразовым шприцем, 57% медсестер после наложения жгута просили пациента «поработать рукой» и зажать кисть в кулак, из них 14% провели похлопывание ладонью по месту взятия крови; 43% медсестер попросили больного зажать кисть в кулак без предварительной работы кистью (рис.2). Многократное «сжатие – разжатие» кисти руки вызывает местный стаз и гипоксию, приводящие к искажению биохимических показателей. Также не рекомендуется похлопывать ладонью по месту взятия крови с целью увеличения притока крови к нему, что считается ошибкой, приводящей к искажению биохимических показателей.

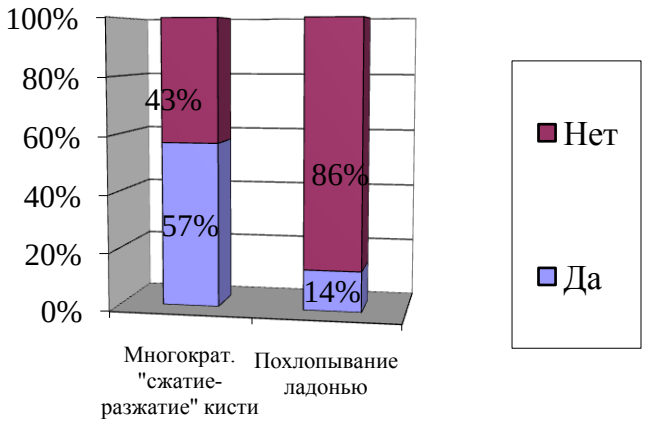


Рис. 2. «Сжимание – разжимание» кисти руки

После обработки места венепункции спиртом, 71% медсестер не дождались высыхания спирта (30-60 сек.) и не воспользовались сухой стерильной салфеткой (рис.3).Оставление на поверхности кожи в месте венепункции следов антисептика может привести к гемолизу крови в пробирке.

Перед венепункцией у 14% медсестер повторно пальпировалось вена после обработки антисептиком. Важно, если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно обработать снова, что не было выполнено в данном случае.

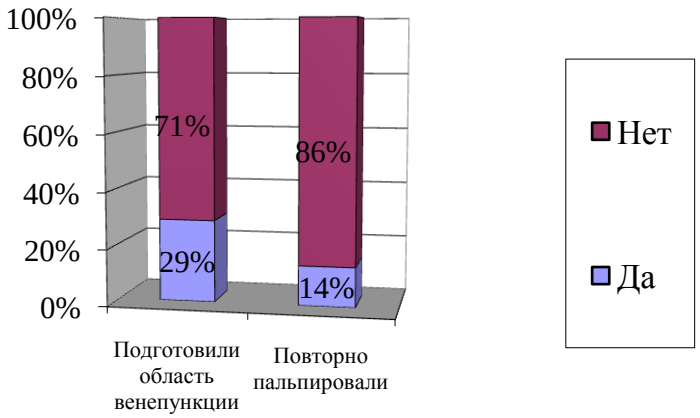


Рис. 3. Обработка места венепункции спиртом

Имеет место традиционный способ применения одноразового шприца для взятия крови из вены и стеклянных пробирок, необходимость переливания образца шприцем под избыточным давлением является источником: низкого качества проб и результатов лабораторных анализов, лабораторных ошибок, не обеспечивающий безопасность медицинского персонала.

Пункция вены должна быть малотравматичной. У всех наблюдаемых венепункция шприцем проведена аккуратно: отсутствовал повторный случай

пунктирования вены, контакт медперсонала с кровью.

У части медсестер (43%) взятый объем крови превышал необходимый для анализов. Независимо от количества показателей взято примерно одинаковое количество крови. В ходе беседы выяснилось, что у 29% медсестер были случаи в их практике, когда анализ не состоялся из-за недостаточного объема крови.

Частой ошибкой на этом этапе также является неполное заполнение кровью пробирок с антикоагулянтами. Например, в случае исследования гемостаза эта ошибка является критичной при определении протромбированного индекса (ПТИ) и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ).

Транспортировка проб биологического материала в лабораторию является важнейшим этапом в обеспечении качества клинических лабораторных исследований.

Существуют строгие требования к условиям и времени транспортировки проб: только в закрытых пробирках, время доставки при 20-25°С до 2 часов.

Известен факт, что при доставке проб крови взятых в обычные стеклянные пробирки на биохимические исследования, превышающем 1-2 ч. в лабораторных анализах ложно повышены активность АСТ, АЛТ, уровень билирубина и/или калия (вследствие гемолиза) и ложно снижается концентрация глюкозы. Следствие: необходимо повторное взятие крови и проведение исследования.

Во всех случаях пробирки после венепункции были закрыты пробками, штатив с пробирками доставлен в клиническую лабораторию с учетом регламентированного времени в специально предназначенном и промаркированном контейнере.

Выводы:

1. В результате неправильной идентификации пациента имеется потенциальный риск возникновения ошибок при регистрации пациента: неправильная маркировка пробирок, недостаточный объем пробы. Неверная идентификация пациентов и проблемы, связанные с передачей результатов, от которых зависит постановка диагноза, являются основными направлениями работы по повышению качества.

2. Определены предрасполагающие факторы развития гемолиза в образцах: длительное наложение жгута (более 1 мин.), многократное «сжатие – разжатие» кисти руки, оставление на поверхности кожи в месте венепункции следов антисептического раствора, необходимость взятия крови шприцем и переливание ее под давлением в пробирку. Хорошей альтернативой является применение вакуумной системы забора крови.

3. При оказании медицинских услуг персоналу использовать подход ориентированный на пациента, необходимо исследовать любой возможный дефект, который способен привести к отрицательному воздействию на пациента. В интересах пациентов необходимо рассмотреть любые прямые и непрямые негативные последствия, связанные с лабораторными исследованиями, независимо от того, на каком этапе возникает ошибка, и кто

именно отвечает за ее возникновение: дежурная медсестра или процедурная медсестра или специалист лаборатории.

Литература

1. Вялов, С.С. Диагностическое значение лабораторных исследований. Учебноепособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 320с.
2. ГОСТ Р 53079.4-2008 Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 4 Правила ведения преаналитического этапа. «СТАНДАРТИНФОРМ», 2017 г.
3. Ингерлейб, М. Медицинские анализы. Самый полный современный справочник / Михаил Ингерлейб. - М.: АСТ, 2014. - 416 с.
4. Клиническая лабораторная диагностика [Текст]: учеб. пособие для мед. сестер / А. А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 717с.
5. Меньшиков, В.В. Достоверность лабораторных исследований и клиническая безопасность пациента. Монография. – М.: Лабора, 2014.– 158 с.

ЗУБЫ – «ЗЕРКАЛО» ОРГАНИЗМА

Пименова Т. А.,
обучающаяся 1 курса
научный руководитель
Тумбаева А. В.,
преподаватель,
ГБПОУ НО НМК, г. Нижний Новгород

Первое упоминание о том, что зубы связаны с другими органами нашего организма**,** появилось еще в древности в Китае.

Актуальность: большая часть населения нашей страны страдает заболеваниями ротовой полости и зубов, и причина кроется не только в не соблюдении личной гигиены, но и определяется экологической обстановкой, характером питания, а также наличием хронических заболеваний внутренних органов. В специальной научной литературе имеется достаточное количество материала, который представляет доказательства того, что зубы тесно взаимосвязаны с другими органами, и могут указать на наличие какого-либо серьезного соматического заболевания.

Цель работы: определение патологических процессов, протекающих в организме, по признакам заболеваний ротовой полости пациентов.

Объект исследования: пациенты центра стоматологической реабилитации «Зеленое яблоко».

Предмет исследования: стоматологические проблемы пациентов центра стоматологической реабилитации «Зеленое яблоко».

Задачи:

1. Изучить литературу по теме «Взаимосвязь стоматологических заболеваний с заболеваниями других органов», обобщить и систематизировать знания о данных заболеваниях.
2. Провести анкетирование среди пациентов в ЦСР «Зеленое яблоко»

на наличие стоматологических признаков в ротовой полости

3. Дать оценку проведенному анкетированию.

Методы исследования:

1. Теоретические (изучение специальной литературы по теме «Взаимосвязь стоматологических заболеваний с заболеваниями других органов»; изучение медицинской литературы).
2. Эмпирические (анализ результатов практической деятельности в процессе работы, анкетирование пациентов ЦСР «Зеленое яблоко»).

В настоящее время ученые долго анализировали состояние зубов и имеющихся у человека заболеваний. В связи с чем, пришли к выводу, что, действительно, каждый заболевший зуб напрямую связан с «нездоровьем» какого-то из внутренних органов. "Причем каждому отдельно взятому зубу отводится своя роль "индикатора", - считает доктор медицинских наук, профессор из московского института стоматологии Геннадий Банченко.

У детей в норме здоровые молочные зубы имеют белый цвет с голубоватым оттенком, собственно название «молочные» они получили именно благодаря своему цвету.

На сегодняшний день стоматологические клиники обращается огромное количество мам, у детей которых, уже в раннем возрасте (2-3 года), встречается гипоплазия эмали, т.е. происходит нехватка минеральных веществ, которая приводит к появлению серых пятен или желтых полосок на зубах. Когда мы начинаем выяснять причину данной аномалии, то слышим две вещи:

Первая – это употребление антибиотиков матерью (особенно тетрациклинового ряда) в период вынашивания ребенка.

Вторая – генетический фактор.

На второе место по значимости место по стоматологическим проблемам детского возраста выходят различные перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, грипп) и аллергии, которые становятся причиной:

- аномального развития челюстей и зубов;
- позднего прорезывания зубов;
- образования неправильного прикуса [2,с. 83].

Давайте теперь поговорим о взрослых. Бывают случаи, когда вы вроде бы регулярно, тщательно вычищая, чистите зубы по несколько раз в день, а в итоге зубы становятся только темнее, а то и вообще меняют цвет. Почему это происходит? И какую роль в этом играют другие органы? Только у абсолютно здорового человека – красивая «голливудская» улыбка, отличающаяся естественным белым с чуть желтоватым оттенком цветом зубов, и здоровой слизистой.

С возрастом зубы постепенно желтеют или темнеют, это является всего лишь признаком прожитых лет. А вот изменение цвета нормальной эмали на чересчур желтый, вызывает подозрение на заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Если налет имеет коричневый цвет, то стоматолог может направить вас

к иммунологу. Дело в том, что при ослаблении иммунитета не происходит адекватного сопротивления действию патогенных микроорганизмов, и они, попадая в наш организм, вызывают такие изменения в состоянии зубов.

Параллельно с этим могут возникать и заболевания полости рта, такие как: гингивит – воспаление десен; пародонтит – воспаление тканей, окружающих зуб; стоматит – воспаление слизистой ротовой полости; глоссит – воспалительный процесс в языке.

В данном случае стоит сдать анализ крови и заняться повышением иммунных сил организма.

Перламутровый оттенок эмали зубов может указывать на анемию.
Обладателям безупречно гладких зубов можно только позавидовать. На самом деле слишком гладкие зубы могут означать снижение плотности костной ткани – остеопороз. Это состояние обусловлено длительной деминерализацией костей.

Панкреатит (воспаление поджелудочной железы) так же, как и холецистит связан с рефлюксом, и так же характеризуется воспалением десен.

Заброс желудочного сока способствуют химическому расплавлению эмали — кислотный некроз. Изначально заметить какие-либо изменения сложно, но пациенты могут говорить о том, что зубы слипаются между собой [3,5].

Если вы принадлежите к 20 % взрослых, которые стискивают челюсти или скрипят зубами в течение дня, или к 8 %, скрежещущих зубами ночью, то рано или поздно заметите трещины в эмали, которые, как правило, являются признаком бруксизма. Бруксизм – это эпизоды непроизвольного сокращения жевательной мускулатуры. Основной причиной является дисбаланс мимических мышц лица. Люди получают сигналы от мозга на коррекцию этого дисбаланса. При этом, чтобы исправить перекос мышц или прикус, пациент неосознанно скрежещет зубами. Также скрипение зубами может быть вызвано проблемами с височно-челюстным суставом или прикусом. Кроме основного симптома - скрипа зубами, бруксизм приводит к патологической стираемости и чувствительности зубов, образованию клиновидных дефектов, патологии пародонта и височно-нижнечелюстного сустава [4].

В практике стоматологов часто встречаются случаи, когда на основании осмотра полости рта пациент направляется к эндокринологу.

Например, при заболевании сахарным диабетом в полости рта отмечается болезненная реакция на процесс перкуссии зубов, а так же отмечается сухость и жжение слизистых оболочек, исчезновение нитевидных сосочков языка, а у 10-12% больных увеличены околоушные слюнные железы.

Зубной камень – это и есть не что иное, как отвердевший микробный зубной налет, чаще всего возникающий при неправильной гигиене полости рта. При наличии зубного камня стоит обратиться к стоматологу-гигиенисту, в арсенале которого есть множество средств для решения этой проблемы [1.

с.10].

В некоторых случаях частое возникновение камней связано с составом слюны.

Практическая часть.

В ходе выполнения данной работы была разработана анкета «О чем говорят наши зубы», включающая следующие вопросы:

1) Имеются ли у вас проблемы с зубами?
2) Имеете ли вы вредные привычки?
3) Какого цвета ваши зубы?
4) Ваши зубы гладкие?
5) Ваши зубы слипаются между собой?
6) Ваши зубы имеют трещины?
7) Скрипите ли вы зубами во сне?
8) Беспокоит ли вас сухость или жжение во рту?
9) Болят ли у вас внешне здоровые зубы?
10) Имеются ли у вас хронические заболевания, если «да», то какие?

Анкетирование проводилось анонимно среди пациентов центра стоматологической реабилитации «Зеленое яблоко». В нем участвовали 10 человек, женщины и мужчины в возрасте от 18 лет и удалось выяснить следующее:

- одному пациенту переливали кровь в ходе операции и зубы приобрели перламутровый оттенок – результат острой постгеморрагической анемии;
- 10 из 10 опрошенных страдают бруксизмом, имеют трещины на губах;
- у 8 из 10 пациентов неправильный прикус;
- 4 из 10 – оказались курильщиками, причем у одного зубы покрыты зеленоватым налетом, у двоих– коричневым;
- у одного курильщика диагностирован холецистит и при осмотре его зубы имеют оттенок горчичного порошка;
- на боли во внешне здоровых зубах пожаловались 4 из 10 опрошенных;
- 2 из 10 радовались своим гладким зубам, им рекомендовано пройти обследование на наличие остеопороза;
-один пациент жалуется на слипание зубов при смыкании, имея в анамнезе панкреатит;
- двое больных сахарным диабетом – ощущают сухость во рту.

Проведя анализ анкет, мы убедились, что между состоянием зубов и здоровьем человека имеется тесная прямая и обратная связь, например, существует много примеров, когда признаки сердечной и легочнойнедостаточности проходили после завершения курса стоматологического лечения и полного удаления источника токсической инфекции.

Предупреждение, раннее распознавание заболевания и вовремя начатое лечение способствует оздоровлению населению. Важную роль в этом играют информированность, заинтересованность и активность пациента.

Литература

1. Муравянникова Ж.Г. Диагностика и профилактика стоматологических

заболеваний.- Ростов-на-Дону: Феликс, 2015.
2. Болезни зубов и полости рта [Электронный ресурс]:учебник/И.М. Макеева, С.Т. Сохов, М.Я. Алимова и др.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2015.
3. http: //zub-zdorov.ru- зуб –Здоров.ру
4. http: //ortocure.ru – Медицинский портал о заболеваниях опорно-двигательной системы
5. http:// www. Medmoon.ru

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН

Плахова К.С.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Седова Е.П.,
преподаватель Кузнецкого филиала
ГБОУ ПО "ПОМК", г. Кузнецк

«Сомнительно, чтобы во всей вселенной было
что-нибудь отраднее тех чувств,
которые пробуждаются в сердце матери
при виде крошечного башмачка ее ребенка".
В.Гюго - французский писатель,
поэт, драматург, политик,
иллюстратор и мемуарист.

Анализ информационных источников по рассматриваемой проблеме показал, что по данным Всемирной организации здравоохранения 30% женщин имеют различные нарушения функции репродуктивной системы. Процент бесплодных женщин в России составляет 8%. По данным Росстата 18,5% супружеских пар являются бесплодными, примерно у 16-18% женщин беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем или прерыванием беременности по медицинским показаниям. Причины бесплодия и невынашивания беременности кроются в физическом и репродуктивном нездоровье супружеских пар, желающих иметь детей [2, с. 69].

В медицинском плане повышение рождаемости связано с решением проблем бесплодия, невынашивания беременности и профилактики абортов.

В многочисленных исследованиях, посвященных вопросам сохранения репродуктивного здоровья, роль среднего медицинского персонала отражена недостаточно, что препятствует разработке соответствующих тактических и стратегических планов по профилактике нарушения репродуктивного здоровья у женщин [3, с. 165].

Репродуктивное здоровье - состояние полного физического, психического и социального благополучия, позволяющее вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании с возможностью воспроизводить здоровое потомство

в сроки и количестве, определенные самим индивидуумом [5, с. 276].

В отношении детей и подростков более точным будет использование термина «репродуктивный потенциал» то есть уровень физического и психического состояния, который, при достижении социальной зрелости, определит качество здоровья рожденного поколения [9, с. 98].

В выпускной квалификационной работе рассмотрены виды нарушений репродуктивного здоровья у женщин: заболевания мочеполового тракта воспалительного характера, различные нарушения менструального цикла, бесплодие, доброкачественные и злокачественные новообразования [7, с.59].

Профилактика нарушений репродуктивного здоровья у женщин должна начинаться с анализа факторов, лежащих в основе нарушения репродуктивного здоровья [12, с. 114].

К устраняемым факторам, разрушающим репродуктивное здоровье женщины, относятся: образ жизни, несоблюдение элементарных правил гигиены, курение или приём алкоголя, жилищные условия и финансовая обеспеченность, экологическая обстановка, сексуальная жизнь [13, с. 147].

Среди факторов снижающих фертильность, есть и такие, на которые повлиять нельзя. Это возраст и наследственность [16].

В работе рассмотрены три вида профилактики репродуктивного здоровья: социальная, медико-социальная и медицинская, которая направлена на выявление, лечение и восстановление женщин и мужчин с проблемами репродуктивного здоровья, начиная с раннего возраста [17].

Роль медицинской сестры в профилактике нарушений репродуктивного здоровья заключается:

– в работе с подростками по половому воспитанию, просвещении по вопросам контрацепции, последствий неправильного сексуального поведения;
– в психологической поддержке молодых семей по планированию беременности;
– в работе с беременными женщинами по профилактике осложнений беременности и родов; в работе с женщинами по профилактике абортов;
– в работе с молодежью по вопросам профилактики инфекций, передающихся половым путем [18];
– в работе с родителями подростков об установлении доверительных отношений с детьми и значении своевременного полового воспитания подростков.

Для реализации задач по вышеизложенным видам деятельности по профилактике нарушений репродуктивного здоровья медицинская сестра проводит индивидуальное консультирование, обучающие тренинги, семинары, лекции, дискуссионные беседы, конференции по изучаемой проблеме, просмотр видеофильмов. Разрабатывает санитарные бюллетени, буклеты, проспекты, листовки [19].

Из представленного в работе анализа данных по гинекологической заболеваемости женщин старше 18 лет по ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная детская больница" за период 2016-2018 годы видно, что оба показателя заболеваемости и

первичный и общий имеют тенденцию роста.

В структуре гинекологической заболеваемости женщин старше 18 лет на 1 месте воспалительные заболевания женских половых органов, на 2 месте – невоспалительные заболевания шейки матки, на 3 месте – расстройства менструального цикла.

Что касается показателя гинекологической заболеваемости у детей в возрасте от 0 до 14 лет, то из анализа отчетных данных, представленных в работе можно сделать вывод, что данный показатель заболеваемости за рассматриваемый период вырос.

Особое место в структуре гинекологической заболеваемости у детей в возрасте от 0 до 14 лет занимают нарушения менструального цикла.

Гинекологическая заболеваемость подросткового населения также имеет тенденцию роста. В структуре гинекологической заболеваемости подростков ведущее место занимают нарушения менструального цикла.

На базе женской консультации ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная детская больница" было проведено анкетирование, целью которого стало выяснение роли медицинской сестры в информированности женщин о профилактике нарушений репродуктивного здоровья женского населения. Респондентами были 50 женщин фертильного возраста.

Результаты анкетирования проанализированы и представлены в виде таблиц и рисунков.

Анализ ответов респондентов показал, что только 20% орошенных женщин обладают полной информацией о репродуктивном здоровье и могут дать ему полное определение.

Большинство респондентов информированы о влиянии половых инфекций и медицинского аборта на репродуктивное здоровье женщины, однако они недооценивают отрицательное влияние раннего начала половой жизни и несоблюдение правил личной гигиены.

Респонденты недостаточно осведомлены о таких инфекциях, как хламидиоз, микоплазмоз и генитальный герпес, которые нарушают репродуктивное здоровье женщин, приводя к невынашиванию и бесплодию.

64% опрошенных женщин посещают врача - гинеколога по необходимости и только 12% - ежегодно.

У всех опрошенных женщин в анамнезе есть роды. Половина опрошенных женщин планировали стать матерью, но к предстоящей беременности не были готовы. Треть женщин решение о сохранении беременности принимали уже, будучи в "интересном положении". И целенаправленно готовились к наступлению беременности 30% опрошенных женщин.

Вопрос о том, сохранять или прерывать незапланированную беременность у 44% респондентов не вызвал затруднения, они абсолютно уверенно говорят о сохранении будущего ребенка, 32% предпочли бы «сделать аборт».

Большинство опрошенных женщин (52%) в зависимости от ситуации рассматривают аборт как один из вариантов регулирования рождаемости.

58 % женщин, давших утвердительный ответ на вопрос об аборте, делали его только один раз, 20% - опрошенных женщин прибегали к этой мере два раза и

больше, 14% - никогда не делали абортов, 8% отказались от ответа.

66% респондентов осведомлены о том, что в результате проведения процедуры аборта причиняется вред здоровью в целом.

Опрошенные женщины отдают предпочтение таким видам контрацепции как: использование презервативов, внутриматочный контрацептив и гормональным конрацептивам.

В ходе исследования выявлено, что информацию о методах контрацепции получают от медицинских работников, только около половины опрошенных женщин.

Оценка респондентами санитарно-просветительской работы среднего медицинского персонала среди женского населения по вопросам планирования семьи и сохранения репродуктивного здоровья составила 3,2, то есть работа по данному направлению в медицинских учреждениях города Кузнецка признана респондентами "удовлетворительной".

Из всего вышепредставленного следует, что роль медицинской сестры в профилактике нарушений репродуктивного здоровья заключается в активной просветительской и информационной работе с населением по вопросам планирования семьи и сохранения репродуктивного здоровья, обучении методам и средствам контрацепции, а так же в динамическом наблюдении за пациентками, особенно за беременными, родильницами и женщинами, перенесшими аборт.

В связи с проведенным исследованием и оценкой работы медицинских сестер женской консультации ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная детская больница" разработаны памятки для проведения профилактической работы с населением по сохранению репродуктивного здоровья: "Эти критические дни", "Что нужно знать о контрацепции" и "Заболевания, передающиеся половым путем".

Литература

1. Анохин Л.В. Индивидуальное прогнозирование риска первичного и вторичного бесплодия // Акушерство и гинекология. - 2012. - №7. - С.60-74
2. Балахонов А.В. "Преодоление бесплодия": Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР, 2011.- 256 с.
3. Билич Г.Л. "Репродуктивная функция и сексуальность человека": Учебное пособие. - СПб: Деан, 2015. - 280 с.
4. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - Ростов - на - Дону: Феникс, 2015. - 125 с.
5. Коновалов О.Е. "Бесплодие как медико-демографическая проблема": Учебное пособие.- М.: ГЭОТАР, 2014.- 400 с.
6. Коновалов О.Е. Социально-гигиеническая характеристика бесплодных браков.// Здравоохранение Российской Федерации. - 2017.-№12. - С. 34-56
7. Кулаков В. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации// Народонаселение. - 2004. - №3. - С 56-78.
8. Лисицын Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни.// Здравоохранение РФ. - 2012. - № 4. - С. 49-52.
9. Прогнозирование формирования репродуктивного здоровья и поведения девочек-подростков в современных условиях: Учебно - методическое пособие / Под ред. В.В. Володина. - Воронеж: Изд-во Истоки , 2013.- 178 с.

10. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России: Учебно - методическое пособие / В.Ю. Альбицкого. - Казань: Медицина, 2011. - 248 с.
11. Стародубов В.И. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения // Менеджер здравоохранения: научно-практический журнал. - 2005. - № 11. С. 37-46
12. Титова А.А. "Оценка воздействия факторов окружающей среды на репродуктивную функцию женщин": Учебное пособие. - Казань: Медицина, 2011. - 248 с.
13. Яковенко Е.М. "Бесплодие": Учебное пособие. - М.: ЖИ, 2013.- 304 с.
14. https://studwood.ru
15. https://moluch.ru
16. https://revolution.allbest.ru
17. https://infourok.ru
18. https://studfiles.net
19. https://cyberpedia.su
20. http://kuzdet.ru
21. http://prozachatie.ru/planirovanie/profilaktika-reproduktivnogo-zdorovya.html
22. https://sovets.net/9863-reproduktivnoe-zdorove.html

РАК ЛЕГКИХ, КАК МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Проценко В. А.,
обучающаяся 4 курса
научные руководители
Аверина Н.Н., Ерохина Е.А.,
преподаватели,
ГБПОУ «СМК им.Н.Ляпиной»
Филиала «Безенчукский», п.г.т.Безенчук

Рак лёгкого (бронхогенная карцинома, cancerpuhnomm) - это злокачественная опухоль лёгкого, возникающая преимущественно из покровного эпителия слизистой оболочки бронхов, эпителия желез стенки бронхов (бронхогенный рак) и очень редко из альвеолярного эпителия (пневмониогенный рак). В основе лежит злокачественное перерождение эпителия легочной ткани и нарушение воздухообмена [4].

Актуальность исследования: рак легких – наиболее распространенное злокачественное образование в мире, а также наиболее частая причина летальных исходов среди онкологических патологий.

Международное агентство по вопросам раковых заболеваний приводит данные, согласно которым каждый год на планете регистрируется один миллион случаев заболевания раком легких. При этом шесть из десяти пациентов умирают из-за этой патологии. Среди всех злокачественных новообразований у мужчин на рак легких приходится каждый четвертый случай, в то время как у женщин лишь каждый двенадцатый. Причина такой распространенности рака легких кроется в предпосылках его возникновения. Главная из них – курение [3]. По сравнению с некурящими, у курильщиков

риск развития рака лёгких выше примерно в 20 раз. Сигаретный дым содержит более 60 известных канцерогенов. Пассивное курение одна из причин рака лёгкого у некурильщиков.В случае нелеченого рака лёгкого умирают 87 % больных в течение 2 лет с момента установления диагноза. При использовании хирургического метода можно достичь 30%-й выживаемости больных в течение 5 лет.Раннее обнаружение опухоли позволяет повысить шансы на излечение: на стадии $T_1N_0M_0$ она достигает 80 %[9].

Только 15% из числа пролеченных пациентов в странах с самым высоким уровнем состояния здравоохранения живут более 5 лет, продолжительность их жизни определяется стадией заболевания, радикальностью метода лечения. Большинство больных раком легкого к моменту установления диагноза из-за распространенности опухолевого процесса или серьезных сопутствующих заболеваний уже не операбельны. Но, и среди пациентов, у которых опухоль признана удаляемой, подавляющее большинство – старше 60 лет, и серьезные сопутствующие заболевания имеют более трети. Вероятность того, что операция для них будет непереносима, очень высока[5].

Объект исследования: рак легкого.

Цель исследования: изучить распространенность рака легкого.

Задача:

- проанализировать статистические данные по раку легкого в м.р.Безенчукскийза 2016-2018 гг..

Методы исследования: аналитический, статистический.

Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Безенчукская центральная районная больница», которое является многопрофильным лечебным учреждением, оказывающиммедицинскую помощь по 28 специальностям, в том числе по специальности «Онкология».

В учреждении, действует перечень нормативных документов регламентирующих порядок оказания медицинской помощи и соблюдения стандартов медицинской помощи. Основными являются:

1)Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2)Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», согласно которому определены цели и целевые показателиНационального проекта «Здравоохранение»: снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тысяч населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тысяч населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тысяч населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тысячу родившихся детей); обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; обеспечение оптимальной доступности

для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу.

Цели Федерального Проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»: повышение доли злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I-IIстадии) до 63 %; повышение доли больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более до 60 %; снижение показателя одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 17,3% [8].

3) Порядок оказания паллиативной (медицинской помощи по профилю) медицинской помощи взрослому населению осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 14 апреля 2015 года N 187н«Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (с изменениями на 7 мая 2018 года) (утратил силу с 08.07.2019 на основании приказа Минздрава России от 31.05.2019 N 345н/372н)[7].

Статистическое исследование проводилось по сведениям учетных форм:

- Федеральное статистическое наблюдение по форме № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»;
- форме № 35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями»;
- форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Из полученных данных выяснено, что процент пациентов, взятых на учёт с впервые в жизни установленным диагнозом рак трахеи, бронхов, легкого от общего количества пациентов с злокачественными новообразованиями составляет 9% в 2016 году, 6% в 2017 году, 8% в 2018 году.

В числе взятых на учёт с впервые в жизни установленным диагнозом рак трахеи, бронхов, легкого процент пациентов по стадиям заболевания составляет - 23% с первой стадией, 10% со второй стадией, 29% с третьей стадией, 38% с четвёртой стадией заболевания.

Количество пациентов с данным диагнозом, которые были выявлены активно за три рассматриваемых года составило20% от впервые выявленных онкологических заболеваний.

Количество пациентов, состоящих на учёте в онкологическом кабинете с момента установления диагноза рак трахеи, бронхов, легкого пять лет и более составило 17 человек в 2016 году, 18 человек в 2017 году, 22 человека в 2018 году.

Пятилетняя выживаемость пациентов – один из основных показателей,

по которому оценивается уровень решения онкологических проблем государством [1,с.20].

Процент пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом рак трахеи, бронхов, легкого в возрастной группе 18 лет и более составляет 1,6% от взятых под диспансерное наблюдение пациентов с болезнями органов дыхания с впервые в жизни установленным диагнозом. В возрастной группе старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин, с 60 лет у мужчин) данный процент пациентов значительно больше - 14%.

Рассчитано процентное соотношение количества пациентов с диагнозом рак трахеи, бронхов, легкого в разных возрастных группах: 85% составляют пациенты старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин).

По данным некоторых исследователей структура заболеваемости разными формами этой патологии в зависимости от возраста выглядит следующим образом: до 45 лет – 10% всех заболевших; от 46 до 60 лет – 52% заболевших; от 61 до 75 лет – 38% заболевших [4]. Следовательно, показатель заболеваемости населения района старше трудоспособного возраста раком трахеи, бронхов, легкого выше среднестатистических данных.

Для раннего выявления заболеваний население должно проходить диспансеризацию - один из видов обследования здоровья. Цель диспансеризации - профилактика, ранняя диагностика социально-значимых и опасных заболеваний (сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, туберкулез, онкологические заболевания).Диспансеризация позволяет выявить заболевания на начальной стадии, что является залогом успешного их лечения. Всем гражданам начиная с 14 лет ежегодно проводится флюорография [6].

В соответствии с выполнениями основных мероприятий Федерального Проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» медицинский персонал должен проводитьпопуляционную профилактику развития онкологических заболеваний; принимать участие в информационно-коммуникационной кампании, направленной на ранее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению[8].

Профилактика рака легких включает следующие рекомендации: отказ от вредных привычек, в первую очередь от курения; соблюдение здорового образа жизни: правильное питание богатое витаминами и ежедневные физические нагрузки, прогулки на свежем воздухе; вовремя лечить заболевания бронхов, чтобы не было перехода в хроническую форму [10].

Необходимо помнить, что на ранних стадиях онкологические заболевания поддаются лечению. Нужно следить за своим здоровьем, проходить профилактические осмотры, заниматься спортом, отказаться от вредных привычек, все это поможет сохранить или восстановить здоровье и насладиться полнотой жизни.

Литература

1. Тихонова С. Пути повышения качества оказания помощи

онкологическим больным. Медсестра. 2014. - №4. – с.3-5.

2. Чурикова И. Е. Роль медицинской сестры в организации реабилитационных мероприятий для детей с онкологическими заболеваниями. Медсестра. 2016. - №12. - с.21-35.

3. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://med.vesti.ru/articles/zabolevaniya/rak-legkih-priznaki-simptomy-stadii-i-lechenie/свободный. Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

4. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.ayzdorov.ru/lechenie_raka_legkih_na_rengene.php свободный. Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

5. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.help-patient.ru/faq/lung/свободный. Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

6. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://bcrb.medlan63.ru/index.php?id=210свободный. Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

7. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://docs.cntd.ru/document/420272007свободный. Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

8. [Электронный ресурс] http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf

9. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/свободный. Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

10. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://doctor-365.net/rak-legkih/свободный. Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖАПО БИОЛОГИИ

Ракушева А.А.
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Рачкова И.Н.,
преподаватель,
ГАПОУ «КМК», г.Казань

Проектно-исследовательская деятельность – это способ активизации познавательного и творческого развития студента и одновременно формирование определённых личностных качеств. Участие в реализации проектов помогает студенту и проявить его творческие способности.В основе проекта лежит проблема, для ее решения необходим исследовательский поиск в различных направлениях, результаты которого обобщаются и объединяются в одно целое. У студентов формируются навыки исследовательской деятельности, развивается познавательная активность, самостоятельность, творчество. Сроки проведения проектно-исследовательских работ могут быть разными. Проекты могут быть

краткосрочными и долгосрочными, выполняться индивидуально или группой [1, с. 320].

Большое внимание в проектной деятельности уделяется развитию исследовательских навыков обучающихся. Данный вид деятельности предполагает выполнение учащимися исследовательского проекта по определенной теме и его защиту. Исследовательский характер деятельности способствует воспитанию у студентов инициативы, активного, добросовестного отношения к научному эксперименту, увеличивает интерес к изучению дисциплин. Широкое использование студентами различных источников информации: учебников, специальной литературы, материалов периодической печати, ресурсов Интернет способствует формированию целого ряда важных компетенций. Студенты имеют возможность представлять свои проекты на всероссийских, районных, региональных конференциях [3, с. 38].

Средствами реализации образовательного проекта могут быть:совместная творческая деятельность учащихся и педагога, где ученик и учитель – равноправные партнеры, помощники и консультанты; активная мыслительная деятельность; создание реальных образовательных ситуаций, в рамках которых учащиеся исследуют проблему, анализируют, организуют собственную деятельность по достижению поставленных задач [3, с. 39].

Использование информационных технологий в подготовке студентов к проектно-исследовательской деятельности и в ходе реализации исследовательских творческих проектов активизирует познавательную деятельность студентов, повышает интерес студентов к лекционным и практическим занятиям, в целом способствует совершенствованию проектно-исследовательских компетенций. Мультимедиа дает возможность представлять информацию об объектах проектно-исследовательской деятельности не традиционным текстовым или словесным описанием, а с помощью фото, видео, графики, анимации, звука в виде презентаций. Возможности компьютерной графики и видеофайлов в сочетании со звуковым вербальным и невербальным сопровождением обеспечивают подключение к процессам восприятия и переработки информации механизмов образного восприятия, произвольного и непроизвольного внимания, воздействие на личность студента [2, с. 54].

Наш коллеж принимает активное участие в различных проектно-исследовательских мероприятиях (конкурсах, конференциях, семинарах). Например, «Экология вокруг нас», «Здоровье и образ жизни», «Моя профессия-медик!», «Первые шаги в медицине», «Экологические проблемы современности».

Так, для меня самойзначимой является участие во Всероссийской научно-практической конференции «Первые шаги в медицину» (2019год).Проект «Пищевые добавки в продуктах питания и информированность населения об их влиянии на организм» занял1 призовое место. Цель работы: Изучить содержание пищевых добавок в наиболее популярных продуктах питания и определить информированность населения

об использовании пищевых добавок в продуктах питания. Руководитель работы Ирина Николаевна.

Я заметила, что в наших магазинах большой выбор разных продуктов, с красивыми этикетками на коробочках и баночек разных форм. Обращая внимание на это, так и хочется всё попробовать. Но, читая на этикетках состав того или иного продукта, обратила внимание на непонятные мне буквы и цифры.

Мне стало интересно знать, что обозначает та или иная буква или цифра. Я узнала из интернета, что это - пищевые добавки, они используются для придания продуктам более аппетитного вида, вкуса и запаха. Изначально в качестве добавок использовались естественные компоненты, изготовленные из натурального сырья. С развитием химической промышленности пищевые добавки стали производиться искусственным путём. Начали изготавливать такие синтетические добавки, как красители, консерванты, загустители, стабилизаторы, антиокислители.

Отсутствие культуры питания, высокий темп современной жизни приводит к тому, что мы всё чаще покупаем товары, не задумываясь об их ингредиентах, поэтому говорить о вреде, наносимом здоровью людей недобросовестными изготовителями стало актуальным в настоящее время. Безвредность пищевых продуктов – одна из важнейших проблем современности. Пища может быть источником и носителем значительного числа опасных для здоровья человека химических веществ. Через пищу в организм человека попадают до 70% химических веществ и лишь 30% - через воду и воздух. Исследовательская часть включала химические эксперименты. Все это и многое другое было раскрыто в моей работе.

Перед началом исследований я изучила материал из интернета про пищевые добавки и их классификацию. Я купила три газированных напитков: Coca-Cola, Mirinda, Тархун, а также чипсы Lays, для изучения их состава.

В соответствии с задачами исследования были использованы следующие методы: анализ информационных источников, социологический опрос, анкетирование, сравнительный анализ и оценка пищевых добавок в газированных напитках и чипсах. Проблема пищевых добавок последнее время широко представлена в литературе и интернете.

Анкету заполнили 32 учащихся колледжа (2 курс). Всем учащимся предлагалось ответить на ряд вопросов.

Фото 1. Процесс анкетирования.

В результате анкетирования, подавляющее большинство учащихся (87 %) знают о наличии пищевых добавок в продуктах. Что вполне понятно, ведь о пищевых добавках рассказывают по телевиденью и в популярных сайтах. Но есть люди, которые не знают о пищевых добавках (13 %).

Вопрос: «Обращаете ли вы внимание при выборе продукта питания на наличие в нём каких-либо добавок». Этот опрос выявил, что 32 % учащихся при покупке товара смотрят на наличие в составе каких-либо добавок. 16 % людей не смотрят на наличие добавок, ведь состав продукта написан очень мелко. Чаще всего производители хотят скрыть от глаз покупателя присутствие вредных ингредиентов (пищевых добавок, заменителей натурального сырья и различных суррогатных ингредиентов) или вообще выдать товар за другой, более высокого качества. И 52 % не всегда смотрят на состав продукта. Но после проведения опроса, люди стали задумываться об этом.

Вопрос: «Купите ли вы дешевый продукт, зная, что в нем содержатся опасные добавки?». По этим данным я выявила, что подавляющие большинство учащихся (65 %) не купят продукты питания, если будут знать, что в них содержатся опасные добавки. И это хорошо, но проблема состоит в другом: потребитель не имеет полной информации о товаре, так как производитель заинтересован в применении пищевых добавок с целью увеличения срока годности, придании презентабельного вида, следовательно, он не предоставляет полную информацию.

Вопрос: «Интересует ли вас проблема о пользе и вреде пищевых добавок?». По данным опроса выявлено, что 84 % хотят знать о пользе и вреде пищевых добавок и 16 % не хотят об этом знать. Это прекрасно, ведь чем больше людей хотят об этом знать, тем больше будут смотреть на состав продукта, и в обществе будет больше здоровых людей.

В практической части были проведены простые химические исследования прохладительных напитков: Coca-Cola, Mirinda, Тархун и чипсов Lays на наличие пищевых добавок, и анализ их влияния на организм.

Я изучила продукты, которым молодое поколение придает особое предпочтение, на нахождение в них каких- либо вредных и опасных веществ. Определила их потенциальную опасность для здоровья человека.

Фото 2. Экспериментальная часть

Таким образом, организация проектно-исследовательской деятельности студентов предполагает такое построение учебного процесса, при котором студенты знакомятся с основными методами проектирования и исследования, овладевают умениями самостоятельно добывать новые знания путем исследования явлений и процессов, системно мыслить, перерабатывать большие объемы информации и вычленять главное, применять на практике полученные знания [2, с. 54].

Значимыми для студентов становятся способность к целеполаганию, проектированию и конструированию, оптимальный выбор индивидуального стиля собственной сначала учебной, впоследствии трудовой, профессиональной деятельности, рефлексия её процесса и результатов. От организации у студента проектно-исследовательских компетенций во многом зависит успешность его адаптации в постоянно изменяющихся жизненных и профессиональных ситуациях, его профессиональная мобильность, ибо в своей будущей профессиональной деятельности он будет постоянно сталкиваться с нетривиальными ситуациями, реализовывать различные виды инноваций, принимать самостоятельные решения, основанные на проектно-исследовательской деятельности [2, с. 55].

Литература

1.Кукушин В. С. Теория и методика воспитательной работы / В.С.Кукушкин, Ростов на Дону, 2002. - 320 с.
2.Казанцева Л.А. Исследовательский метод в условиях гуманизации образования/ Л.А. Казанцева, Казань, 1999. с.54-55.
3.Новоселов С.А., Зверева Т.В. Феномен проектно-исследовательской деятельности в образовательном процессе/ С.А. Новоселов, Т.В. Зверева, Москва, 2009. – с. 38-39.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ТРОПА Г. СЫЗРАНИ И Г. ОКТЯБРЬСКА

Спирина Д.С.,
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Захарова С.Г.,
преподаватель
ГБПОУ «СМГК», г. Сызрань

Любой человек должен иметь представление о том, в какой стране, каком районе, городе, семье он живёт. «Познавай свою страну, свой край, свою гору или речонку! Не бойся, что малы эти горушки или речонки, ведь из малого вырастает большое!»-сказал А. Е. Ферсман. Нам бы хотелось взять его слова к работе, которая называется «Экологическая тропа г.Сызрани и г. Октябрьска», так как объектом исследования являются уникальные места данных городов, которые привлекают и по сей день туристов и краеведов из разных уголков страны.

Цель проекта: изучение геологического строения,

карстовых явлений, месторождений полезных ископаемых в районе Костычи города Октябрьска и Кашпире города Сызрани.

Задачами работы являются:

- описать карстовые явления волжского берега в изучаемых районах;
- собрать коллекцию образцов окаменелостей;
- определить относительный возраст горных пород;
- собрать краеведческий материал, связанный со скалистым берегом;

Актуальность данного проекта заключается в возможности использовать его на уроках истории родного края, биологии, географии, а так же для охраны экологии в данных городах. Нами были применены следующие методы исследования: полевая практика, метод наблюдения, метод измерения, картографирования. В результате исследований были сделаны выводы:

- берег реки Волги сложенный породами пермского периода палеозойской эры состоит из коралловых известняков, что указывает на месторождения нефти и асфальта.
- Костычи и Кашпир - древние поселения людей с богатой историей и легендами.

Кашпирские обнажения юрских и меловых пород- памятник природы, который имеет статус государственного памятника природы республиканского значения, находится на высоком берегу Саратовского водохранилища около поселка Кашпир на южной окраине Сызрани. Выходы юрских отложений в окрестностях города Сызрани были отмечены уже в 1845 году. Первые описания Кашпирского разреза даны в 1856 году Р.Постом. На участке берега, где расположен памятник природы- плато высотой 100-200 м над водохранилищем, на котором расположены жилой поселок Кашпир. В разрезе волского склона на дневную поверхность выходит верхний отдел юрской системы. Юрские отложения представлены главным образом песками и глинами с обильной фауной. Отложения нижнего и верхнего отделов меловой системы часто встречаются в данном районе. В связи с падением слоев на юг юрские отложения южнее поселка Кашпир уходят под уровень Волги и склон на всем участке сложен породами меловой системы. Нижнемеловые породы лежат на размытых отложениях юрского возраста. В районе Кашпирского сланцевого рудника на размытой поверхности верхневолжских пород лежат сходные по составу породы валанжина мощностью около 2м. В их нижней части встречаются обломки юрской фауны, свидетельствующие о перерыве в отложениях. «Мартышка» - один из самых известных сходов Костычей в городе Октябрьске. Он расположен на западном берегу устья оврага, впадающего в Волгу. Ширина устья - 90 метров, глубина – 20 метров, а длина оврага – 340 метров. Он образован в результате карстовых явлений. Состояние оврага – зрелая стадия, что подтверждает плоское дно. В половодье он заполняется водой. В нём и

окружающих его скалах часто находят окаменелости и «волжский агат» - разновидность породы, получившее своё название благодаря схожести с текстурой агата.

Окаменелость является ценными археологическим источником, при изучении пород Земли. Можно определить так же использование полезных ископаемых в быту человека, эпосе. С помощью опроса местных жителей мы узнали много интересных легенд про найденные окаменелости. В народе белемниты, например, называли «чёртовы пальцы»- за необычною форму, а аммониты ещё с древнеегипетского получили своё название благодаря богу Амону – он изображался как человек с бараньей головой. Данные животные жили в юрском периоде и являлись хищниками.

Человек давно умеет создавать искусственные водоёмы, сооружая на реках плотины. В XX в. оказалось, по силам создать целые искусственные моря. Волга превратилась в каскад искусственных озёр. После того как построили Волжскую ГЭС и создали Саратовское водохранилище, поднялся уровень грунтовых вод. Исследуя территорию экологической тропы города Сызрани и Октябрьска, мы для себя открыли новые неизвестные ранее страницы о нашей малой Родине. Еще больше мы полюбили. В любом населённом пункте можно найти необычные исторические и природные памятники. Поэтому надо по малым крупицам создавать образ сначала малой Родины, а потом и Великой России и нести его в своей груди всю жизнь.

Литература

1.Дмитриева Э.Я., Кабытов П.С. «Самарская область», Самара, Самарский информационный концерн, 1998.

2. Захаров А.С., Горелов М.С. «Зеленая книга Поволжья», Самарское книжное издательство, 1995.

3. Евдокимов К. И., Город Октябрьск. Историко-экономический очерк, Куйбышев
1972.

4. Методическое пособие ЗАО «Медхим» г. Сызрань, 1990.

5. Сайты: http:/ www.newacropolis.ru ; http:/ www.ammonit.ru.

Приложение

Фото 1 - обнажения на берегу Волги.

	Фото 2 - Кашпирские обнажения юрского и мелового периодов.
	Фото 3 - окаменевшие останки обитателей древнего моря.
	Фото 4 – фрагмент окаменелостей

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ДВС-СИНДРОМА

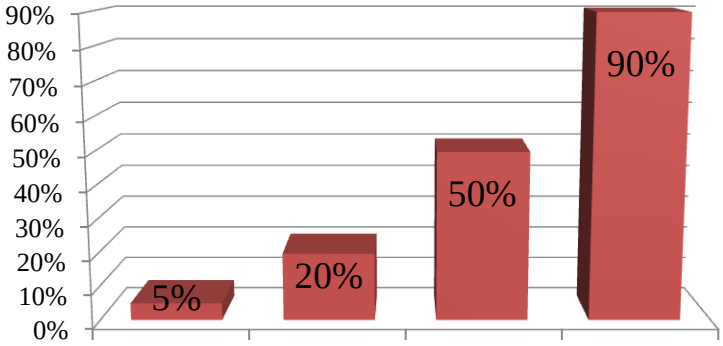
Сумбаева Е.В.,
студентка 2 курса
научный руководитель
Ишкова А.Н.,
преподаватель Кузнецкого филиала,
ГБОУ ПО «ПОМК», г. Кузнецк

"Самое опасное состояние в медицине - отсутствие диагноза"
А.И.Воробьев

Понятие о диссеминированном внутрисосудистом свертывании крови (ДВС-синдроме) появилось в медицинском обиходе в 60-е годы XX века. Было опубликовано много работ, в которых указывалось на чрезвычайную распространенность этого синдрома и роль его в пато- и танатогенезе многочисленных заболеваний и патологических состояний.

Известно, что летальность при ДВС-синдроме зависит от того, в какой фазе выявлен процесс и начато лечение [2, с.7]. Этот показатель значительно

колеблется (от 5 до 90%), что делает крайне важным раннее выявление этой патологии (Рисунок 1).



1 стадия 2 стадия 3 стадия 4 стадия

Рисунок 1 - Корреляция летальности и сроков диагностики острого ДВС-синдрома

Учитывая приведенные выше данные статистики и значительную распространенность острого ДВС-синдрома следует отметить, что выявление способов ранней диагностики этой патологии является крайне важным, что объясняет актуальность работы. Следует подчеркнуть, что в связи с необходимостью широкого использования метод должен быть прост в применении и доступен.

Цель исследования: изучить патогенез острого ДВС-синдрома для выявления особенностей его ранней диагностики.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. дать общую характеристику понятия «ДВС-синдром»;
2. установить этиологию и особенности патогенеза ДВС-синдрома;
3. изучить особенности его клинических проявлений и диагностики;
4. разработать памятку для медперсонала по ранней диагностике острого ДВС-синдрома.

Объект исследования: патогенез ДВС-синдрома.

Предмет исследования: ранние диагностические признаки патологических изменений при остром ДВС-синдроме.

Гипотеза: можно предположить, что повышение грамотности медсестры по вопросам ранней диагностики острого ДВС-синдрома основывается на изучении патогенеза данной патологии.

Методы исследования: частично-поисковый; метод сравнительного анализа.

Практическая значимость работы состоит в том, что на основании изучения темы ранней диагностики острого ДВС-синдрома разработана памятка для медперсонала, содержащая основы диагностики.

Теоретические аспекты изучения особенностей ранней диагностики острого ДВС-синдрома:

1) Этиология

Частота ДВС-синдрома при различных видах патологии неодинакова, но он всегда возникает при всех критических и терминальных состояниях. В настоящее время описано более 150 заболеваний, сопровождающихся его развитием.

Установлено, что инфекции и септицемия (в т.ч. при акушерской патологии) занимают 1 место среди причин ДВС-синдрома и обеспечивают более 50% его случаев.

Кроме того, ДВС-синдром развивается при всех видах шока (травматический, гемотрансфузионный, ожоговый, кардиогенный и др.).

Риск развития ДВС возрастает при травмах и травматичных хирургических вмешательствах, больших кровопотерях, массивных трансфузиях крови, нестабильной гемодинамике (падение АД).

Практически все терминальные состояния и острый внутрисосудистый гемолиз сопровождаются этим синдромом, наличие которого зачастую определяет течение и исход болезни.

Основной причиной развития острого ДВС-синдрома являются системные микроциркуляторные расстройства, приводящие к дисфункции органов с интенсивным кровоснабжением, а это наиболее жизненно важные органы [4, с.9].

2) Патогенез

В патогенезе ДВС-синдрома центральное место занимает образование в сосудистом русле тромбина с последующим угнетением антисвертывающего и антиплазминового потенциалов (Рисунок 2). Появление тромбина в циркуляции –необходимое условие для трансформации фибриногена в фибрин с возникновением необратимой агрегации тромбоцитов и эритроцитов [1, с.22].

Тканевой тромбопластин поступает из травмированных тканей, а также тканей, подвергшихся вторичной альтерации. При участии активированных тромбоцитов он может образовываться и выделяться поврежденным эндотелием сосудов, особенно при гнойном процессе. Еще одним источником тканевого тромбопластина являются моноциты.

Рисунок 2 – Патогенез ДВС-синдрома

ДВС-синдром характеризуется, как правило, «взрывным» началом и прогрессирующим течением. В ходе его развития выделяют 4 фазы (стадии): гиперкоагуляции, коагулопатии потребления, гипокоагуляции и восстановления.

1-я стадия — гиперкоагуляции и тромбообразования — отличается внутрисосудистой агрегацией форменных элементов крови, диссеминированным свертыванием крови с формированием множественных тромбов в микрососудах различных органов и тканей. Стадия кратковременна, до 8—10 мин, клинически может проявляться признаками полиорганной недостаточности и шоком [7, с. 115]

Так, у 68% пациентов диагносцируется пневмонит ДВС-синдрома, проявляющийся нарастающим тахипноэ и кашлем. Аускультативно определяются – отдельные зоны бронхиального дыхания (слышен выдох) – из-за тромбирования сосудов микроциркуляторного русла и развития вокруг них интерстициального отека [5, с.223].

Со стороны ЦНС развивается энцефалопатия ДВС-синдрома. При этом пациент адекватен, но безразличен ко всему, ответы односложны, амимичен, сознание ясное, отмечается резкая слабость (не может открыть рот, высунуть язык), он бледен.

Возможны миокардиальные проявления ДВС-синдрома: не мотивированная тахикардия с удлинением систолы (эмбриокардия) или, наоборот, с укорочением систолы (кардиомиопатия).

Признаком печеночной недостаточности является увеличение печени.

Субсиндром поражения кишечника проявляется парезом кишечника («немой кишечник») проявляется отсутствием перистальтики, вздутия и боли

в животе.

Из-за некроза канальцев нефронов развивается острая почечная недостаточность (в 66%), проявляющаяся анурией [3, с.124].

2-я стадия — нарастающая коагулопатия потребления — характеризуется значительным понижением содержания тромбоцитов и фибриногена, израсходованных на образование тромбов. При этом происходит переход гиперкоагуляции на гипокоагуляцию. Удаление активных факторов свертывания из кровотока происходит и за счет фагоцитов, в связи с чем наличие фибрина в цитоплазме макрофагов и нейтрофилов служит признаком этой стадии.

Клинические проявления полиорганной патологии нарастают.

3-я стадия — глубокой гипокоагуляции и активации фибринолиза — приводит к лизису образовавшихся ранее микротромбов и часто к повреждению циркулирующих в крови факторов свертывания. Развивающаяся гиперплазминемия приводит к появлению легко растворимых фибринсодержащих комплексов, продуктов деградации фибрина, причем мономер фибрина теряет способность к полимеризации. Вследствие этих изменений на 3-й стадии, развивающейся обычно через 2—8 ч от начала ДВС-синдрома, отмечается полная несвертываемость крови, а в связи с этим — выраженные кровотечения и кровоизлияния.

Общая кровоточивость характеризуется появлением кровоподтеков и гематом в коже, подкожной и забрюшинной клетчатке, носовыми, желудочно-кишечными, легочными и почечными кровотечениями, кровоизлияниями в различные органы, диффузным пропотеванием крови в полости. У каждого больного преобладают то одни, то другие формы кровотечений.

Кровоточивость ведет к острой постгеморрагической анемии, в тяжелых случаях – к геморрагическому шоку [6, с.244].

4-я стадия — восстановительная — При благоприятном течении ДВС-синдрома, своевременных и адекватных лечебных мероприятиях возможно блокирование механизма синдрома и его «обратное» развитие. А при неблагоприятном развитии процесса характеризуется дистрофическими, некротическими и геморрагическими поражениями органов и тканей.

Итак, изучив патогенез и клинические проявления острого ДВС-синдрома можно сделать вывод, что диагностическое значение имеет именно развитие полиорганной недостаточности.

3) Диагностика

Ввиду скоротечности острого ДВС-синдрома в 3-х этапной системе его диагностики начиная с 1 стадии на первое место выходят клинические проявления патологии, подкрепленные тщательным анализом ситуации и знанием круга основных заболеваний, при которых наблюдается наиболее частое и закономерное развитие ДВС-синдрома. При этом данные лабораторной диагностики позволяют уточнить тяжесть течения и стадию ДВС-синдрома, а также оценить эффективность лечебных мероприятий [8, с.93].

Таким образом, в ходе изучения патогенеза ДВС-синдрома были выявлены его ранние диагностически значимые проявления: сочетание полиорганной недостаточности, развивающееся на фоне основной патологии, характеризующейся высокой вероятностью развития ДВС-синдрома в качестве осложнения, и лабораторных данных, подтверждающих в дальнейшем диагноз. Обладая указанными знаниями и обеспечивая взаимодействие между врачом и пациентом медсестра имеет возможность выявить острый ДВС-синдром уже на 1 стадии и этим способствовать своевременному оказанию помощи пациенту.

Подводя итог вышеизложенному, можно утверждать, что гипотеза, выдвинутая в начале работы, о том, что повышение грамотности медсестры по вопросам ранней диагностики острого ДВС-синдрома основывается на изучении патогенеза данной патологии, доказана.

В результате проведенного исследования была разработана памятка для среднего медперсонала ЛПУ и студентов медицинского колледжа, содержащая рекомендации по изучаемому вопросу (Приложение 1).

Литература

1. Александрович Ю.С., Гордеев В.И., Пшениснов К.В. Интенсивная терапия инфекционных заболеваний у детей. — Санкт-Петербург: Элби-СПб, 2016. - 47с.

Баркаган З.С. Патогенез, диагностика и принципы терапии ДВС-синдрома. //Materia Medica, 1997, № 1. - С. 5-14.

Гольтяпина И.А. Интенсивная терапия критических состояний.- Ставрополь: Параграф , 2015.-240 с.

Городецкий В. Острый ДВС синдром //Врач. -2007.-N.2.-С.8-11.

Зильбер А.П. Медицина критических состояний. – Петрозаводск: Карелия, 2015.-360 с.

Морозов В.Н., Гладких П.Г., Хадарцева К.А. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №1. С. 241-252

Претромботическое состояние. Тромбоз и его профилактика/Под ред. В.П.Балуды. - М: Зеркало-М, 1999. - 297 с.

Рагимов, А.А. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови — М.: Практическая медицина, 2017. - 128 с.

Приложение 1

Со стороны ЦНС - энцефалопатия ДВС-синдрома. При этом сознание ясное, пациент адекватен, но безразличен ко всему, ответы односложны, он амимичен.

В легких - пневмонит ДВС-синдрома. У пациента появляется тахипноэ и кашель. При аускультации – отдельные зоны бронхиального дыхания (слышен выдох) – из-за тромбирования сосудов микроциркуляторного русла и развития вокруг них интерстициального отека.

Кроме того у пациента резкая слабость (не может открыть рот, высунуть язык), он бледен.

Появляется миокардиальное проявление ДВС-синдрома: не мотивированная тахикардия с удлинением систолы (эмбриокардия) или, наоборот, укорочение систолы (кардиомиопатия); перкуторно – расширение границ сердца; на ЭКГ – признаки ишемии миокарда (смещение зубца Т).

Признаком печеночной недостаточности является увеличение печени, определяемое при пальпации.

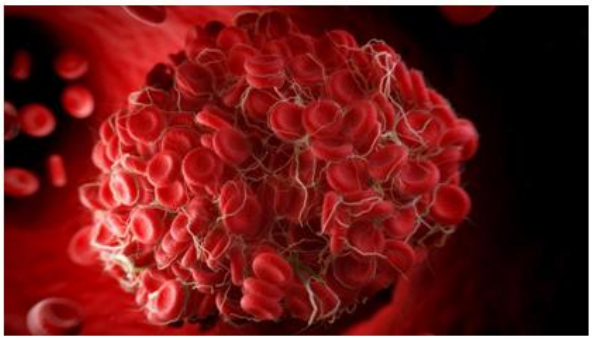
Субсиндром поражения кишечника - парез кишечника («немой кишечник») проявляется отсутствием перистальтики, вздутия и боли в животе.

Мочевыделительная система – из-за некроза канальцев в результате тромбирования сосудов микроциркуляторного русла развивается анурия.

Министерство здравоохранения Пензенской области
ГБОУ СПО "Пензенский областной медицинский колледж"

Памятка для среднего медицинского персонала и студентов медицинского колледжа

К вопросу ранней диагностики острого ДВС-синдрома.



Выполнила: *Сумбаева Елена Викторовна Гр. 023*

Руководитель: *Ишкова Анна Николаевна, преподаватель высшей квалификационной категории*

Кузнецк, 2019

Проблема ДВС-синдрома

ДВС-синдром представляет собой острую транзиторную коагуляцию крови по всему сосудистому руслу, которая может приводить к нарушениям микроциркуляции.

Установлена чрезвычайная распространенность этого синдрома и роль его в пато- и танатогенезе многочисленных заболеваний и патологических состояний.

Известно, что летальность при ДВС-синдроме зависит от того, в какой фазе выявлен процесс и начато лечение. Этот показатель значительно колеблется (от 5 до 90%), что делает крайне важным его раннее выявление.

Основы диагностики ДВС-синдрома

Ввиду скоротечности острого ДВС-синдрома в 3-х этапной системе его диагностики начиная с 1 стадии на первое место выходят клинические проявления патологии, подкрепленные тщательным анализом ситуации и знанием круга основных заболеваний, при которых наблюдается наиболее частое и закономерное развитие ДВС-синдрома. При этом данные лабораторной диагностики позволяют уточнить тяжесть течения и стадию ДВС-синдрома, а также оценить эффективность лечебных мероприятий.

Этиология острого ДВС-синдрома

Частота ДВС-синдрома при различных видах патологии неодинакова, но он всегда возникает при всех критических и терминальных состояниях. В настоящее время описано более 150 заболеваний, сопровождающихся его развитием.

Состояния в 100% сопровождающиеся ДВС

- генерализованные инфекции и септические состояния (50% причин ДВС);
- все виды шока;
- гемолиз;
- переливание более 5,0 л. совместимой крови;
- любые терминальные состояния;
- инфаркт миокарда.

Состояния с высокой вероятностью развития ДВС

- массивные повреждения тканей (крупные операции, размозжение);
- акушерской патологии (в 20-35% случаев);
- ожогах различного происхождения;
- обильные кровотечения;
- отравления и интоксикации (яд гадюки, гюрзы – в 100% случаев);
- О. панкреатит и О. и хр. заболевания печени;
- аутоиммунные и иммунокомплексные болезни.

Ранние клинические проявления ДВС-синдрома

Диагностическое значение имеет развитие полиорганной недостаточности со стороны жизненно важных органов.

АНАЛИЗ ФРУКТОВЫХ СОКОВ МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Тимошина Е.В.
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Захарова С.Г.,
преподаватель
ГБПОУ «СМГК», г. Сызрань

Все живые организмы на Земле, в том числе и человек, находятся в тесном контакте с окружающей средой. Пищевые продукты и питьевая вода способствует поступлению в организм практически всех химических элементов. Они повседневно вводятся в организм и выводятся из него.

Вряд ли какой-нибудь другой предмет, служащий для удовлетворения потребностей человека, в такой степени нуждается в контроле за чистотой и качеством, как пища. Поэтому и не является неожиданным, что, законы, регулирующие производство и продажу пищевых продуктов, были разработаны еще в древние времена.

В настоящее время задача состоит в том, чтобы быстро оценивать состав и качество сельскохозяйственных продуктов

Сейчас важно знать, не содержатся ли в пищевом сырье и продуктах питания токсические вещества.

Объектом исследования стали фруктовые соки марок «Я», «Сады Придонья» как самые распространенные и часто покупаемые в нашем городе.

При анализе соков использовался метод тонкослойной хроматографии. Метод тонкослойной хроматографии широко используется в современной органической и биологической химии. Основные преимущества метода – быстрота и простота выполнения, наглядность полученных результатов. Метод удобен для разделения различных смесей.

Цель проекта: провести тонкослойный хроматографический анализ фруктовых соков марок «Сады Придонья», «Я».

Задачи проекта:

1. Изучить методику проведения хроматографического эксперимента как наиболее дешевого метода для определения состава пищевых продуктов.
2. Определить экспериментальным путем возможность использования хроматографии для определения качественного состава фруктовых соков.
3. Выявить наиболее значимые для здоровья человека компоненты, входящие в состав фруктовых соков «Сады Придонья», «Я», и их влияние на биохимические процессы в организме.

Без хроматографического метода сейчас не обходится химическая, фармацевтическая, текстильная, цветная металлургия и другие отрасли промышленности. Хроматографический метод положен в основу многих химико-технологических процессов производства. Широко применяется этот метод в пищевой промышленности как для определения

микроэлементов (Co, Ni, Cu, Zn), так и при идентификации липидов и жиров, а также стабильности витаминов и т.д.

Без хроматографического метода сейчас не обходится химическая, фармацевтическая, текстильная, цветная металлургия и другие отрасли промышленности. Хроматографический метод положен в основу многих химико-технологических процессов производства. Широко применяется этот метод в пищевой промышленности как для определения микроэлементов (Co, Ni, Cu, Zn), так и при идентификации липидов и жиров, а также стабильности витаминов и т.д.

Тонкослойная хроматография применяется главным образом для аналитических целей – для определения числа компонентов в смеси и их идентификации. Достоинства ТСХ: простота, экономичность, доступность оборудования, экспрессность (продолжительность разделения 10-100 мин), высокие производительность и эффективность разделения, наглядность результатов разделения, простота обнаружения хроматографических зон.

Во фруктовом соке с помощью тонкослойной хроматографии можно определить железо, аскорбиновую кислоту и лимонную кислоту.

Изучив литературу и проведя соответствующий эксперимент, пришли к следующим **выводам:**

1. Наиболее значимыми для здоровья человека компонентами пищевых продуктов (фруктовых соков) являются ионы железа, аскорбиновая кислота, лимонная кислота. Витамин С принимает участие в синтезе гормонов, предохраняет важное биологическое соединение – адреналин от окисления, необходим для синтеза белка соединительной ткани животных – коллаген, входит в состав некоторых ферментов, является средством против цинги и др. Железо является основным катализатором дыхательных процессов, содержится в мышечном белке, во многих ферментах. Лимонная кислота участвует в обменных процессах, цикле Кребса.

2. Экспериментальным путем доказана возможность использования хроматографии для определения качественного состава фруктовых соков. В соках обоих марок содержится достаточное количество ионов железа, определена и лимонная кислота. Аскорбиновая кислота не может содержаться ни в каком соке, поскольку является нестойким соединением, совместное пребывание с лимонной и яблочной кислотами приводит к быстрому ее распаду. Поступление в организм аскорбиновой кислоты возможно только при употреблении свежих овощей или фруктов.

3. Метод тонкослойной хроматографии является наиболее простым и доступным методом определения состава и качества пищевых продуктов (фруктовых соков).

4. Не смотря на то, что с помощью тонкослойной хроматографии определили только качественный состав фруктовых соков, можно сделать вывод, что в соке марки «Сады Придонья» больше значимых для здоровья человека компонентов, данный сок рекомендован для детского питания.

Приложение

Фото 1

Образцы фруктовых соков и контрольные растворы аскорбиновой кислоты (А), лимонной кислоты (Л), хлорида железа ($FeCL_3$)

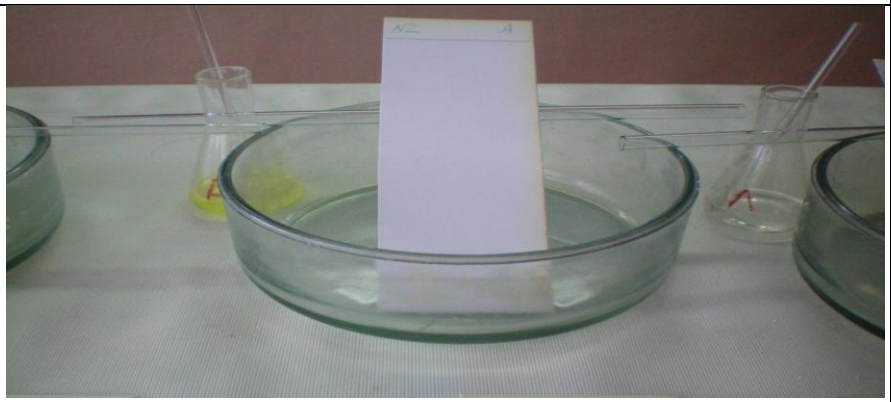


Фото 2

Хроматографическое разделение

Смесь для разделения: этанол – гексан (3:1), время хроматографирования – 40 мин

Фото 3

Хроматографические пластинки после проявления (обнаружение ионов железа).

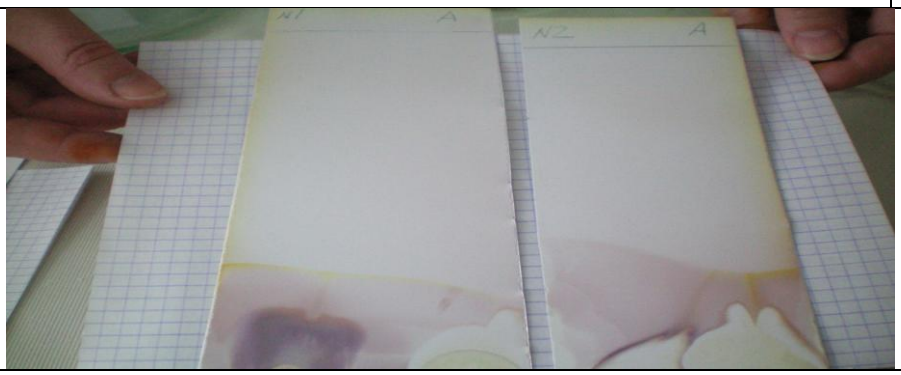


Фото 4

ХрОматографические пластинки после проявления (обнаружение лимонной кислоты).

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ С УГЛУБЛЕННЫМ ТОВАРОВЕДЧЕСКИМ АНАЛИЗОМ ПРЕПАРАТА «КОМПЛИВИТ»

Туманина Е.Н.,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Матюшова Е.В.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной», г. Самара

Больше 80% россиян страдают от недостаточности витаминов в организме. К такому выводу пришли ученые ФИЦ питания и биотехнологии. Острее всего стоит проблема с нехваткой витаминов D, B_2 и каротиноидов. Из-за этого люди чаще болеют, у взрослых снижается работоспособность, а дети хуже развиваются физически и психически.

Ученые ФИЦ питания и биотехнологии выяснили, что в России лишь 14% взрослых и 16,8% детей старше четырех лет получают все необходимые для здоровья витамины в нужном количестве. Массовое обследование представителей разных возрастных групп и жителей разных регионов проводилось в 2015–2017 годах.

Наиболее часто встречаемые причины витаминной недостаточности:

- нерациональное питание, вызывающее дефицит витаминов в пищевых рационах;
- угнетение роста нормальной кишечной микрофлоры, продуцирующей ряд витаминов;
- нарушения ассимиляции и метаболизма витаминов;
- повышенная потребность в витаминах.

ФИЦ питания считает, что для ликвидации дефицита витаминов необходимо употреблять обогащенные витаминами продукты или поливитамины, поэтому изучение витаминно-минеральных комплексов, реализуемых через аптечные сети является актуальным.

Объект исследования: витаминно-минеральные комплексы.

Предмет исследования: товароведческие характеристики препарата «Компливит».

Цель работы: проведение маркетинговых исследований витаминно-минеральных комплексов с углубленным товароведческим анализом препарата «Компливит».

Задачи исследования:

1. Изучить медицинскую и специализированную литературу по теме исследования.
2. Провести ситуационный анализ витаминно-минеральных комплексов.
3. Провести маркетинговые исследования препарата «Комливит».

Методы исследования: аналитический, статистический, графический.

Витамины относятся к важнейшим незаменимым пищевым веществам, которые организм должен регулярно получать в достаточных количествах.

Витамины подразделяют на две группы - водорастворимые и жирорастворимые.

К водорастворимым витаминам относятся: аскорбиновая кислота (витамин С), витамины группы В - тиамин (витамин B_1), рибофлавин (витамин B_2), пиридоксин (витамин B_6), никотиновая кислота (витамин РР), цианокобаламин (витамин B_{12}), биофлавоноиды (витамин Р), фолиевая кислота (витамин B_c, витамин B_9), пантотеновая (витамин B_5) и пангамовая (витамин B_{15}) кислоты.

Группа жирорастворимых витаминов объединяет витамины А, D, Е и К.

Минеральные вещества относятся к жизненно необходимым компонентам пищи с весьма разнообразными физиологическими функциями: участвуют в пластических процессах, формируют и построении тканей организма.

Минеральные вещества классифицируются как:

- макроэлементы: кальций, фосфор, магний, калий, натрий;

- микроэлементы: железо, цинк, йод, селен, медь, молибден, хром, марганец, кремний, кобальт, фтор, ванадий, бор, серебро.

ОАО «Фармстандарт-Уфа ВИТА» под брендом «Компливит» производит следующие наименования лекарственных препаратов: Компливит классик, Компливит актив жевательный (банановый, вишневый, крем-брюле, молочно-шоколадный), Компливит для женщин 45 плюс (при климаксе, менопаузе), Компливит кальций Д3 (форте) для костей и зубов (60, 90 или 120 таблеток), Компливит диабет с пониженным содержанием сахара (для диабетиков), Компливит Суперэнергия с женьшенем, Компливит мультивитамины + йод.

Биологически активных добавок: Компливит фрутовит, Компливит офтальмо (для глаз), Компливит для детей здоровые глазки (для зрения), Компливит сияние антиоксиданты молодости (30, 60, 90 или 120 таблеток), Компливит селен (30, 60 или 90 таблеток), Компливит магний (60 таблеток), Компливитантистресс (30, 60 или 90 таблеток).

Товароведческий анализ препарата: торговое название препарата: Компливит®. Международное непатентованное название: Поливитамины + минералы.

Классификация лекарственного средства по:

а) фармако-терапевтическим группам (фармгруппа по РЛС-2000) – витаминное средство;

б) применению (в соответствии с МКБ-10):Z54 Период выздоровления;

в) видам лекарственных форм, зарегистрированным в России: таблетки, покрытые пленочной оболочкой; банка (баночка) полимерная 60; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; банка (баночка) полимерная 365;

Кодирование лекарственного средства: определение кодов по К-ОКП, ОКДП, CAS, АТХ, ТНВЭД, МКБ-10 приведено в таблице 1.

Таблица 1 - Определение кодов по К-ОКП, ОКДП, АТС, ТНВЭД, МКБ-10

Система	Код
К-ОКП	935910
ОКДП	24235710
АТХ	A11AA04
ТНВЭД	3004900000
МКБ-10	Z54

Состав препарата Компливит: 11 витаминов, 8 минералов: аскорбиновая, фолиевая кислоты, рибофлавин, ацетат токоферола (альфа-форма), пантотенат кальция, тиоктовая кислота, рутозид, никотиновая кислота, медь, никотинамид, цианокобаламин, пиридоксин, цинк, тиамин, кобальт, железо, кальций, марганец, магний.

Дополнительные элементы: карбонат магния, крахмал, метилцеллюлоза, тальк, пигментный диоксид титана, мука, воск, стеарат кальция, повидон, сахароза, желатин.

Форма выпуска: поливитамины выпускаются в виде двояковыпуклых таблеток белого цвета со специфическим запахом. Плёночная оболочка белого цвета, на изломе таблетка серо-жёлтого цвета с единичными разноцветными вкраплениями. В банках из полимера содержится по 30 или 60 таблеток; в контурных ячейках по 10 штук. Потребительская упаковка: картонная с логотипом компании, оформление яркое, соответствует требованиям НТД.

Показания к применению: витамины Компливит назначают при: соблюдении диет; дефиците минеральных веществ; авитаминозах; гиперлипидемии; гиповитаминозах; неполноценном, несбалансированном питании; после перенесённых простудных, инфекционных заболеваний. Основным противопоказанием является индивидуальная гиперчувствительность к препарату, побочными эффектами могут быть аллергические реакции.

Срок годности 2 года.

Условия хранения: при температуре не выше 30 °С. Хранить в недоступном для детей месте.

Условия отпуска из аптек: отпускается без рецепта врача.

Производитель - известная российская фармацевтическая компания ОАО «Фармстандарт», которая производит лекарственные препараты различных фармакотерапевтических групп.

Совокупные производственные мощности позволяют выпускать более 1,7 млрд. упаковок лекарственных средств в год. Производственные мощности компании обеспечивают 5 современных заводов по производству лекарственных средств: ОАО«Фармстандарт-Лексредства (г. Курск),ОАО

«Фармстандарт-УфаВИТА» (г. Уфа),ОАО «Фармстандарт-Томскхимфарм» (г. Томск),ЗАО «ЛЕККО» (Владимирская область, пос. Вольгинский), АО «Биомед» им. И. И. Мечникова (Московская область),

Продвижение: по состоянию на конец 2018 года структура ассортиментного портфеля компании «Фармстандарт» была представлена следующими продуктовыми группами: витаминно-минеральные препараты и БАДы; препараты для лечения кардиологических заболеваний; препараты для лечения неврологических заболеваний; препараты для лечения заболеваний печени; препараты для лечения гриппа и других ОРВИ; обезболивающие препараты, препараты для женского здоровья, препараты для лечения заболеваний кожи; биотехнологические препараты.

Особенностями продвижения товаров компании «Фармстандарт» является создание отделов по работе с аптечными сетями, со СМИ, в сферу ответственности которых входит координация деятельности по проведению рекламных ТВ-, радио-компаний, а также кампаний в специализированной прессе.

Для новой рекламной кампании препарата «Компливит» агентство SmartFarma - по заказу компании «Фармстандарт» - сняла ролик с нестандартными визуальными эффектами. Препарат в нем продвигает девушка, внешность которой показана в рентгеновских лучах.

Как отмечают создатели ролика, чтобы воплотить сценарий в жизнь, SmartFarma разработало специальную технологию съемки и обработки изображения. Это было необходимо для того, чтобы показать не только внешнее, но и внутреннее воздействие препарата на организм человека.

В Международный женский день компания Фармстандарт совместно с креативным агентством PublicisUnited запустила новый ролик в поддержку продукта Компливит Кальций $Д_3$ Форте.

Перед командой стояла задача создать кампанию, которая выделялась бы на общем фоне рекламы похожих продуктов. Выбранный подход «красота через здоровье» позволил, с одной стороны, не рассказывать «страшилки» о возможных негативных последствиях дефицита кальция и витамина $Д_3$ в организме, а с другой - показать эффективность препарата не только для внешнего вида женщин, но и для их здоровья в целом.

Креативная команда Publicis предложила провести параллель между жизнью женщины и цветущей яблоней, и эта метафора легла в основу ТВ-ролика.

Производством ролика занималась продакшн-студия Dago.

Для интернет пользователей YouTube размещены рекламные ролики биологически активные добавок «Компливит»

Цена: исследование ценовой характеристики препарата «Компливит» проводилось на примере некоторых аптечных сетей г. Самара и представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Сравнительная характеристика цен на препарат в аптеках города

Наименование препарата	ООО «Вита	Аптека 63	ЗдравСити

	экспресс»	плюс	
Компливитфрутовит № 30	249.00	220,70	216,00
Комплевит мама № 30	220,00	203,00	219,00
Комплевит Актив № 30	179,00	170,44	169,00
Комплевит классик № 60	165,00	120,40	145,00
Компливит для женщин 45 плюс № 30	319,00	120,78	333,00
Компливит сияние № 30	409,00	399,22	351,00
Компливит селен № 60	232,00	214,56	229,00
Компливит Д3 №100	363,00	379,78	291,00
Компливит Д3 для малышей порошок	232,00	236,11	208,00
Компливит антистресс № 30	219,00	232,78	205,00
Компливит железо № 60	199,00	210,00	185,00
Компливит активные мишки № 30	389,00	278,22	299,00
Компливит диабет с пониженным содержанием сахара № 30	242,00	232,11	163,00
Компливит супер энергия № 10	239,00	270,00	241,00
Компливит здоровые глазки № 30	318,00	393,33	297,00
Компливит сияние антиоксиданты молодости № 30	529,00	575,78	507,00

Препарат «Компливит», в основном, относится к товарам среднеценовой категории во всех аптечных сетях города, а биологически активные добавки «Компливит» - от средне до высокоценовой категории.

В процессе исследования было проведеноанкетирование посетителей аптеки, выбирающих витаминные препараты. Согласно проведенному опросу (100 респондентов), период приобретения витаминов у 57% покупателей приходится на весеннее время, 67% опрошенных предпочитают лекарственную форму в виде таблеток, 60% опрошенных покупают витамины во время акций или со скидками. Из всех опрошенных 43% покупают витамины под торговой маркой «Компливит».

Прогноз существования на рынке:

1. Известный отечественный производитель.
2. Известный защищенный бренд.
3. Активное продвижение со стороны производителя.
4. Стабильно высокий спрос.

Прогноз существования на фармацевтическом рынке России препарата «Компливит» благоприятный.

Литература

1. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» № 61-ФЗ от 12.04.2010 г. [Принят Государственной Думой 24 марта 2010 года.] [Одобрен Советом Федерации 31 марта 2010 года.] // Российская газета. – 2010. - № 5157.

2. В.М. Коденцова, О.А. Вржесинская. Витаминно-минеральные комплексы: формы и способы применения // Микроэлементы в медицине. 2018, № 19 – с. 14-23

3. Васнецова, О. А. Медицинское и фармацевтическое товароведение: учебник.- 4-е изд., испр. и и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 424 с.

4. Информация о компании ОАО «Фармстандарт-УфаВИТА» [Электронный ресурс] / Google.com – Режим доступа к электронному ресурсу: https://pharmstd.ru/page_18.html

5.Регистр лекарственных средств России [Электронный ресурс] – Режим доступа к ресурсу: www.rlsnet.ru

6. Справочник ВИДАЛЬ. Лекарственные препараты в России// Справочник изд. 21-е. – М.: «Видаль Рус», 2015. - 1478 с.

РОЛЬ ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Тухбатшина Э.Л.,
обучающаяся 2 курса
научные руководители: Ермошина Н.В.,
Шайхлисламова Г.Х.,
преподаватели,
ГАПОУ РБ Туймазинский медицинский колледж

Медицинские работники являются одним из главных ресурсов в решении стратегических задач государственной политики России в сфере здравоохранения, призванные сохранять и продлевать активную жизнедеятельность человека, сами они имеют высокие показатели общей и профессиональной заболеваемости, низкую продолжительность жизни и высокую смертность. По данным Г.Г. Онищенко профессиональная заболеваемость у медицинских работников в 2009 г. составляла 0.81 на каждые 100 тыс. работающих, опережая таковую в ряде отраслей промышленности, таких как нефтеперерабатывающая, полиграфическая и текстильная, морской транспорт, машиностроение для легкой и пищевой промышленности. По данным того же автора, среди женщин-работниц с профессиональными заболеваниями, на первом месте находятся медицинские сестры. Профессиональная деятельность медицинских работников происходит при ежедневном контакте с различными факторами инфекционной и неинфекционной природы неблагоприятно влияющими на их здоровье и приводящими к срыву адаптационных механизмов. Признаки

дезадаптации у медицинских работников проявляются снижением показателей специфической и неспецифической резистентности. В совокупности с гипо-и дисиммуноглобулинемией, сдвигами белковых фракций сыворотки крови, гиперхолестеринемией, повышенной активностью аминотрансфераз, рестриктивными типами расстройства вентиляционной способности легких и др. Биологический фактор является ведущим из всех факторов, оказывающих влияние на здоровье медицинских работников, в связи с чем в структуре их профессиональной патологии преобладают инфекционные заболевания, такие как туберкулёз органов дыхания, вирусные гепатиты и др. Особенно актуальна проблема внутрибольничного заражения медработников возбудителями гемоконтактных инфекций - гепатитов В, С и ВИЧ, что обусловлено значительной распространенностью этих заболеваний среди населения, а следовательно, и среди пациентов лечебно-профилактических учреждений. Основными средствами, позволяющими реально защитить медицинских работников, являются вакцинация против гепатита В и использование средств индивидуальной защиты. Все выше изложенное требует осмысления наших представлений при оценке значимости ряда мероприятий в системе профилактики профессионально-обусловленных гемоконтактных инфекций у медицинских работников, определения их иммунекомпетентности на вводимые вакцинные антигены и поиска путей оптимизации системы защиты медицинских работников от гемоконтактных инфекций.

Целью настоящего исследования является совершенствование системы профилактики профессионально-обусловленных гемоконтактных инфекций у медицинских работников.

Объект исследования - роль среднего медицинского работника в профилактике гемоконтактных инфекций.

Предмет исследования - процесс формирования у средних медицинских работников безопасного поведения при выполнении своих профессиональных обязанностей с риском заражения гемоконтактными инфекциями.

Методы исследования:

1. Теоретические: анализ специальной литературы по проблеме исследования, обобщение, сравнение.

2.Эмпирические: выкопировка данных из отчета о медицинском обеспечении МБУЗ Туймазинская ЦРБ. форма 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ - инфекцией», форма 63 «Карта учета профилактических прививок», журналы и акты «Аварийных ситуаций на производстве», анализ нормативно - правовых документов по изучаемому вопросу, анкетирование студентов выпускных групп медицинского колледжа, анкетирование медицинских сестер ГБУЗ ТЦРБ, наблюдение, беседа.

3. Математические: обработка полученных результатов, изучение показателей, на основании которых были сформулированы выводы.

Гипотеза. Методика формирования навыка профилактики заболеваемости среди медицинских работников будет целесообразной и

эффективной, если при её разработке:

- обосновать инновационный методический подход к обучению средних медицинских работников в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья;

-разработать и внедрить в систему подготовки средних медицинских работников, комплекс мероприятий направленный на повышение уровня правовой грамотности, осознанности и мотивационной составляющей профессиональной деятельности;

- привлекать студентов медицинских колледжей к работе, способствующей углублению теоретических знаний, развитию практических умений и навыков, при выполнении своих профессиональных обязанностей с риском заражения гемоконтактными инфекциями.

Исходя из цели, объекта, предмета и гипотезы исследования, определены следующие задачи:

- изучить состояние исследуемой проблемы в современной теории и на практике;
- выявить факторы, влияющие на повышение риска инфицирования среднего медицинского персонала ГУЗ Туймазинская ЦРБ;

-разработать методическое пособие, с целью повышения мотивационной составляющей по профилактике профессионального инфицирования;

- провести конференции для среднего звена медицинских работников Туймазинской ЦРБ, а также студентов колледжа, по безопасному обращению с травмоопасными и инфекционными агентами, биологическими жидкостями, при контакте с которыми возможно заражение ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и другими гемоконтактными инфекциями.

Опытно-экспериментальной базой исследования являлись студенты выпускных групп Туймазинского медицинского колледжа, а также медицинские сестры Туймазинской ЦРБ.

Научная новизна исследования заключается в комплексной разработке программных средств, обеспечивающих эффективное освоение медицинскими работниками практических умений и навыков, способствующих профилактике профессионального инфицирования.

Практическая значимость заключается в проведении сестринской конференции на базе Туймазинской ЦРБ, и обучающих семинаров для студентов выпускных групп, по безопасному обращению с травмоопасными и инфекционными агентами, биологическими жидкостями, при контакте с которыми возможно заражение ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и другими гемоконтактными инфекциями. Результаты исследования, предлагаемые мероприятия и рекомендации могут быть использованы в системе ЛПО, и в учебных заведениях СПО медицинского профиля.

Результаты проведённого нами исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Проблема травматизма острыми медицинскими инструментами и

связанного с ним риска заражения гемоконтактными инфекциями в Российской Федерации актуальна, в первую очередь для медицинского персонала, выполняющего инъекции и манипуляции с нарушением целостности кожных покровов. Для пациентов риск заражения гемоконтактными инфекциями при медицинских манипуляциях острыми инструментами в ЛПУ невелик, однако отсутствие современных способов сбора, обеззараживания и хранения медицинских отходов приводит к легкой доступности последних за пределами ЛПУ, что создает риск инфицирования для определенных слоев населения.

2. Частота и опасность травм медицинского персонала внастоящее время недооцениваются как руководителями ЛПУ, так и самими медработниками.

3. Несмотря на существование четкой системы оповещения о случаях профессиональных травм, закрепленной в отечественной нормативной базе, на практике эта процедура носит формальный характер, распространены факты сокрытия травм самими медработниками, а профилактические меры зачастую малоэффективны.

4. Травмы острым медицинским инструментарием достаточно часто возникают на этапе сбора и обеззараживания медицинских отходов и связаны с длительным контактом медработников с потенциально опасным инструментарием вследствие достаточно большого количества манипуляций по его обработке.

5. В ЛПО широко распространены опасные практики обращения с медицинским инструментарием, такие как работа без перчаток, ручная разборка шприцев, сбор и хранение острых инструментов в мягкой и неприспособленной таре.

6. Существующие нормативно-методические документы зачастую содержат противоречивую информацию, не отвечающую европейским стандартам, что ограничивает внедрение технологий, которые уже давно стали частью системы инфекционного контроля в развитых индустриальных странах (например, саморазрушающиеся шприцы и безопасные инъекционные устройства).

7. Несмотря на то, что проблемы профилактики гемоконтактных инфекций включены в систему обучения медицинского персонала различного уровня, существующие образовательные программы не позволяют сформировать у медицинских работников необходимый уровень знаний, навыки самоконтроля в отношении использования безопасных приемов и методов при работе с острым колющим и режущим медицинским инструментарием.

8. Информационные материалы разработанные студентами – высокоинформативны.

9. Участие студентов в сестринской конференции вызвало положительную оценку со стороны сотрудников ЛПО, администрация Детской городской больницы выразила благодарность студентам принимавшим участие в проведении данного мероприятия.

10. Тренинги, проводимые со студентами, получили положительные отзывы среди студентов выпускных групп.

11. Результаты исследования позволили видоизменить процесс подготовки выпускников к реализации полученных навыков в практическом здравоохранении. Для формирования безопасного поведения необходимо вести целенаправленную работу на уровне до дипломного и последипломного образования.

Выводы исследования позволяют сформулировать комплекс ключевых рекомендаций по снижению частоты травматизма медицинских работников и риска заражения гемоконтактными инфекциями. Рекомендации для практического здравоохранения:

1. Пересмотреть существующую нормативно-методическую базу по вопросам инфекционной безопасности с целью внедрения новых передовых методик сбора и обезвреживания медицинских отходов и приведения ее в соответствие с передовыми международными стандартами и практиками.

2. Совершенствовать систему оповещения в случае травматизма острым медицинским инструментарием, регистрации травм и принятие эффективных ответных профилактических мер.

3. Пересмотреть программу обучения для среднего медицинского персонала, направленную на то, чтобы обсуждение вопросов травматизма и профилактики заражения носило практический характер и способствовало повсеместному внедрению правил безопасного поведения.

4. Повысить общую корпоративную культуру мер безопасности медработников и ответственности за их соблюдение со стороны самих медицинских работников.

Рекомендации для учебного процесса:

1. Активизировать совместную деятельность педагогов, медицинских работников и студентов по формированию навыков безопасного поведения при выполнении профессиональных обязанностей с риском заражения гемоконтактными инфекциями.

2. Разработанные методические материалы использовать в процессе обучения, с целью повышения мотивационной составляющей по профилактике профессионального инфицирования.

3. Использовать в учебном процессе имеющийся информационный банк данных: - учебный видеофильм; - мультимедийные презентации; - сборник методических материалов «Все в твоих руках»; - методику и программу тренингов для студентов выпускных групп; - сайт в интернете.

Степень риска профессионального заражения медицинского работника обратно пропорциональна степени его осознания самим медицинским работником.

Справедливо утверждение "подготовлен - значит вооружен".

Литература

1. Безопасность работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней: санитарно-эпидемиологические правила СП 1.3.2322-08. М., 2008. -78 с.

2. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство/под ред. акад. РАМН В.В. Покровского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 608 с.
3. О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране: Приказ МЗ СССР от 12.07.1989 N 408.
4. О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации: Приказ МЗ МП РФ от 16.08.1994 N 170.
5. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ.
6. Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации: Приказ МЗ СР РФ от 12.05.2010 N 346н.
7. Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и Положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях: Постановление Минтруда РФ от 24.10.2002 N 73.
8. Организация работ по сбору информации о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа: методические рекомендации МЗ СР РФ от 06.08.2007 N 5962-РХ. М., 2007. -14 с.
9. Организация санитарно-эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями медицинского персонала в г. Москве. Меры профилактики: методическое пособие МосМП от 13.09.2004 N 2.1.3.007-04. М., 2004. -5 с.
10. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции: клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Женева: ВОЗ, 2006. -37 с.
11. Правила проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Постановление Правительства РФ от 13.10.1995 N 1017.
12. Предупреждение заражения, в том числе медицинских работников, вирусом иммунодефицита человека на рабочем месте: методические рекомендации Минздравсоцразвития России от 06.08.2007 N 5961-РХ. М., 2007. 17 с.
13. Санитарно-эпидемиологические правила "Профилактика ВИЧ-инфекции": СанПиН 3.1.5.2826-10. М., 2011.
14. Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами: СанПиН 2.1.7.2790-10. М., 2010.
15. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность: СанПиН 2.1.3.2630-10. М., 2010.

ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК В КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЯХ

Фадеева А.А.,
обучающаяся3 курса
научные руководители:
Беликова Э.С.,
Галимуллина Р.Ф.,
преподаватели,
ГАПОУ «Нижнекамский медицинский колледж»,
г. Нижнекамск

«Единственное, что дается человеку один раз в жизни, и расходуется всю жизнь – это здоровье» - говорил Гиппократ.

Здоровье зависит от того, что мы едим, так как именно с пищей наш организм получает все необходимые вещества для жизнедеятельности. Поэтому мы должны заботиться о качестве своего питания, чётко отличать полезное от вредного и покупать только свежее и натуральное.

В средствах массовой информации множество статей о качестве колбасных изделий. В них говорится о том, что меньше становится натуральной продукции, так как при производстве в неё добавляется большое количество пищевых добавок. Эти добавки могут оказывать на наш организм токсическое и даже канцерогенное влияние. Они значительно ухудшают качество продукта, хотя это и позволяет его удешевить и улучшить его вкус.

По статистикеза год среднестатистический человек потребляет от 2,5 до 9 кг веществ, которые не имеют абсолютно никакого отношения к продуктам питания [1, с. 10-11].

В нашей стране принят ряд законов, направленных на обеспечение системы здорового питания. Они поддержаны нормативными актами Правительства РФ. До 2020г. формирование здорового образа жизни россиян будет регулировать проект «Укрепление общественного здоровья».

По информации Центра общественного здоровья за 2017 год на втором месте по пищевым отравлениям находится мясо и мясная продукция [2].

Цель: изучить состав колбасных изделий, в частности пищевые добавки в них.

Задачи исследования:

1. Изучить историю, виды, состав колбасных изделий.
2. Выполнить социологическое исследование среди студентов Нижнекамского медицинского колледжа по потреблению колбас.
3. Выявить количество пищевых добавок в суточном рационе студента мededицинского колледжа.
4. Провести лабораторные исследования состава колбасных изделий.
5. Провести эксперимент на домашних животных по выявлению предпочтений к качеству различных видов колбас.
6. Разработать памятку по употреблению мясных продуктов.

Гипотеза исследования: состав колбасных изделий на упаковках не

соответствует государственному стандарту.

Колбасные изделия – продукты, изготовленные из мясного фарша, субпродуктов, жира, специй, подвергнутые тепловой обработке и доведенные до полной готовности к употреблению [3].

В настоящее время существуют различные виды колбас: вареные, полукопчёные, ливерные, сардельки, сосиски, мясные хлебы.

У каждого вида колбасы свой срок хранения. Самые выносливые с точки зрения хранения – это сырокопченые и полукопчёные колбасы, так как в них небольшое содержание влаги (от 27 до 30 %) и значительная концентрация соли (6 %). Их срок хранения может достигать 30 дней. А самые неустойчивые сорта – зельцы и студни (хранятся не дольше 5-6 дней).

Колбасные продукты изготавливают из различных видов мяса. В процессе производства в них, кроме основных ингредиентов, добавляют такжекрахмал, сою, пшеничную муку, эмульсию (особенно производители ТУ) и такие пищевые добавки как: глутаматы, пирофосфаты, антибиотики, антиоксиданты (или антиокислители), каррагинан, камеди и многие другие.

В настоящее время существует ГОСТ Р 52196-2011, который регламентирует содержание пищевых добавок в колбасной продукции.

Состав Докторской колбасы согласно стандарту должен быть таким: 70% свинины, 25% говядины, 5%: вода, яйца куриные или меланж яичный, молоко коровье сухое цельное или обезжиренное, соль поваренная, сахар-песок, пряности: орех мускатный или кардамон и нитрит натрия Е-250. Допускается также: жир, масло сливочное, крахмал, мука, ароматизатор коптильный, антиокислители; регуляторы кислотности, стабилизаторы, усилитель вкуса и аромата Е-621. В колбасе, изготовленной по ТУ, могут быть также: соевый белок, белковый стабилизатор, крупы (пшеничная клетчатка и др.), экстракты морских водорослей [5].

Таким образом, значительное количество добавок допускает даже гос. стандарт. На сегодняшний день 20% занимает мясная продукция, выработанная по стандартам, а 80% производится по техническим условиям (ТУ). Есть производители, которые разрабатывают ТУ на продукцию более дешевого состава, например, с использованием мяса механической обвалки, растительных белков. Зачастую они указывают в составе не все добавки.

Нитрит натрия всегда входил в состав колбас. Он придаёт вкус и розоватый оттенок, но может вызывать отравление, нарушение артериального давления и канцерогенное действие. *Глутамат натрия* приводит к зависимости. Избыток *стабилизаторов* приводит к остеопорозу. *Антибиотики* задерживают порчу продукта, но нарушают микрофлору в кишечнике. *Антиокислители* останавливают реакцию самоокисления, но провоцируют возникновение камней в почках. *Соя* в колбасах, изготовленных по ТУ заменяет около 30% мяса, да, её изолят имеет немало полезных свойств, но приводит к гормональным изменения в организме. *Каррагинаны* создают проблемы с почками, а *камеди* приводят к проблемам с кишечником [5].

Все эти добавки при длительном употреблении оказывают

отрицательное влияние на наш организм.

Исследование качества колбас проводилось по следующим направлениям:

– Социологическое исследование. Среди студентов колледжа было проведено анкетирование с целью выявить, какие колбасные изделия они употребляют и наблюдались ли у них нарушения здоровья в связи с употреблением колбас.

– Определение количества добавок, употребляемых студентами в сутки математическими расчётами.

– Определение качества колбас в лаборатории пищевой химии. Сначала проводилась органолептическая оценка образцов колбасных изделий. Определяли внешний вид, цвет и вид в разрезе, консистенцию, запах и вкус. Затем выясняли содержание крахмала двумя способами и определение содержания нитрита натрия фотоколориметрическим методом.

– Эксперимент на домашних питомцах. Заключался в том, что было отобрано несколько домашних кошек разных хозяев, которым были предложены покупные колбасы, а также домашняя колбаса.

При анкетировании студентов было выявлено, что они любят колбасные изделия, но в небольшом количестве. Употребляют в основном варёные колбасы, по средней цене 150-300 рублей за 1 кг. Для исследования были выбраны колбасы, которые чаще используют студенты. Отрицательное влияние на организм испытывали только 12 % респондентов.

На исследование были отобраны колбасные продукты следующих производителей:

1) сосиски «Халяль»;
2) колбаса Атяшево «Докторская»;
3) колбаса РМ «Докторская»;
4) колбаса мясная «Папа может»;
5) колбаса Сосновоборская «Лесная».

Как показали результаты анкетирования, студенты мед. колледжа не злоупотребляют колбасными продуктами, едят не более 50 г в день. Поэтому подсчитывалось количество добавок именно в такой массе продукта.

Расчёты проводились по данным допустимой нормы концентрации этих веществ в г/мг на 1 кг, взятых из открытых источников (Таблица 1).

Таблица 1. Определение количества добавок в 50 г

Добавки	Норма на 1 кг	ПДК, кг	За сутки, в 50 г
Нитрит натрия	0,5 г	5×10^{-5}	$2,5 \times 10^{-6}$
Глутамат натрия	1 г	1×10^{-3}	5×10^{-5}
Пирофосфаты	6 г	6×10^{-3}	3×10^{-4}
Гауровая камедь	20 г	2×10^{-2}	1×10^{-3}
Каррагинан	0,2 – 1 г	1×10^{-3}	5×10^{-5}
Антиокислители	1 г	1×10^{-3}	5×10^{-5}

Выяснилось, что за сутки студенты получают количество пищевых добавок не превышающее допустимую норму. Следовательно, отрицательное влияние на их организм оказываться не должно.

Лабораторные исследования показали, что

– по результатам органолептической оценки:

а) Внешний вид соответствует норме у всех образцов.

б) Вид в разрезе. По этому показателю к нашим маркам серьёзных замечаний не было.

в) Цвет. Наиболее розоватый оттенок имеют образцы № 4 и № 5.

г) Неоднородная, менее плотная консистенция, а также крошливость наблюдалась у образцов № 4 и №5.

д) По показателям запаха и вкуса не прошли колбасы № 2, № 3 и № 5.

Следовательно, сосиски «Халяль» наиболее соответствуют всем показателям.

– по физико-химическим показателям:

а) Содержание крахмала превышено в колбасах Атяшево «Докторская» и Сосновоборская «Лесная».

б) Самая популярная добавка в колбасе – Е-250 (нитрит натрия), которая входила в состав продукта ещё в советские времена. Поэтому было проведено определение содержания нитрита натрия в отобранных образцах. Для этого применялся фотоколориметрический метод, который основан на химической реакции с образованием специфически окрашенных растворов [4, с. 35-36]. Выяснилось, что ни в одном из образцов содержание нитритов не превышено, т.е. соответствует норме.

Учёными доказано, что кошки употребляют только натуральную колбасу. Поэтому проводился интересный эксперимент. Было выбрано несколько домашних кошек разных хозяев и предложены им некоторые виды колбасных изделий, а также домашняя колбаса.

В таблице 2 представлены предпочтения питомцев.

Таблица 2. Выбор колбас домашними питомцами

Кошка	Варёная	Полукопчёная	Ливерная	Сосиски	Домашняя
Симка	+	+	–	+	+
Оскар	–	–	–	–	+
Зося	+	–	+	–	+
Рыжик	+	+	+	+	+
Стёпка	+	+	+	+	+
Кузя	+	–	–	–	+
Марго	+	–	–	+	+

Выяснилось, что домашнюю колбасу они все съели с удовольствием, а вот покупные колбасы понравились не всем экспериментаторам. Таким образом, факты учёных подтверждаются.

Предлагаем рецепт домашней колбасы, которую любой желающий может приготовить самостоятельно. Такой продукт будет 100% натуральным, вкусным, а главное вы будете уверены, что такая колбаса действительно полезна для вашего организма и при её употреблении не нужно опасаться за своё здоровье.

Ингредиенты:

Свинина, 1 кг (шейка, окорок или лопатка); или говядина, 20 г соли, (не

йодированная), 2-3 зубчика чеснока, 1 ст.л. приправы.

Заключение:

Таким образом, цель исследования достигнута, гипотеза подтверждается частично. Действительно, по теоретическим источникам выяснилось, что состав колбас не всегда соответствует норме. Однако результаты практического исследования показали, что студенты не потребляют колбасы в количестве, которое бы могло оказать отрицательное влияние на их здоровье. Содержание нитрита натрия не превышает норму. Домашние питомцы в большинстве всё-таки ели покупные колбасы, хотя большее предпочтение отдали домашней колбасе.

Колбасные изделия пользуются огромным спросом среди населения, в том числе и у студентов Нижнекамского медицинского колледжа, но нужно обязательно внимательно изучать состав и стандарт покупаемой продукции, чтобы не принести вред своему здоровью.

По итогам исследования можно дать следующие рекомендации:

1) Лучше употреблять колбасу не в повседневном рационе, а в качестве деликатеса. Во Всемирной организации здравоохранения заявили, что свыше 50 грамм мясных продуктов ежедневно увеличивают риск развития рака на 18%. Кстати, это касается не только полуфабрикатов, но и красного мяса [3].

2) Тщательно изучайте состав продукции. В ней не должно быть слишком много добавок.

3) Обязательно проверяйте сроки годности продукта.

4) Обращайте внимание на внешний вид. Упаковка должна быть сухая, чистая, без дефектов, оболочка плотно прилегающей к продукту. На разрезе продукт должен быть серовато-розового цвета с однородным ровным фаршем.

5) При покупке колбасного изделия предпочтение стоит отдавать отметке ГОСТ, а не ТУ.

Литература

1. Иванов, А. Съедобный яд / А. Иванов // Медицинская газета 2019. - №11. – С. 10-11

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Татарстан в 2017 году: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://fluffyhelp.ru

3. Парамонов Ю.В., История колбасных изделий: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://paramonov60.com

4. Пономарев, В. Я. Технология мяса и мясных продуктов: учебно-методическое пособие /В.Я. Пономарев, Г.О. Ежкова. – Нижнекамск.: НХТИ, 2009. – С. 34-39.

5. Состав колбасы: из чего же изготовлен традиционный продукт?: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: moepravo.guru

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЮНОГО МАТЕРИНСТВА. ФАКТОРЫ РИСКА НЕЗАПЛАНИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Федосеенко Н.С.
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Дружинина Т.И. ,
преподаватель,
ГАПОУ РБ «Стерлитамакский медицинский колледж», г.Стерлитамак

Во всем мире, несмотря на свободный доступ к современным средствам контрацепции, идет омоложение ранней беременности, когда возраст роженицы едва достигает 15-16 лет, и статистику случаев беременности среди несовершеннолетних девушек уменьшить не удается.

По данным Всемирной организации здравоохранения в России каждый десятый ребенок рождается у матери моложе 20 лет; ежегодно около 1,5 тыс. детей рождается у 15-летних матерей, 9 тыс. – у 16-летних и 30 тыс. – у 17-летних, что в общем числе родившихся составляет в среднем 2,3%. Коэффициент рождаемости у 15-19-летних наших современниц в 2,5 раза выше, чем тридцать лет назад.

Юное материнство становится одной из актуальных социальных проблем, устойчивый интерес к которой наблюдается у специалистов во всем мире, так как эта категория матерей в силу неблагоприятных медицинских, психологических, социальных последствий беременности и деторождения без соответствующей поддержки практически фатально становится группой особого риска по отклоняющемуся материнскому поведению.

Социальная роль матери для несовершеннолетних воспринимается общественностью скорее как девиация, экстремальная ситуация, вызванная акселерацией и сексуальной революцией. Подобная практика вступает в диссонанс с социальной реальностью, повседневными практиками, потому что когда дело доходит до свершившегося факта рождения ребенка несовершеннолетней, то обнаруживается, что она незащищена как социально, так и юридически. С точки зрения медицины, подростковая беременность нежелательна, так как, она часто протекает с патологическими последствиями для матери и ребенка.

Целью нашего исследования стало изучение социальных и психологических аспектов юного материнства, а также факторов риска незапланированной беременности у девочек-подростков. Исследование проводилось на базе ГАПОУ РБ «Стерлитамакский медицинский колледж», в период с ноября 2017 по май 2018 года.

Исследование проводилось в 3 этапа. На 1 этапе изучили литературные источники по данной теме, были собраны статистические данные для исследования. На 2 этапе провели анкетирование. На 3 этапе обобщили полученный материал, подвели итоги и сформулировали выводы. Были

использованы методы исследования: **а**нализ литературы по проблемам репродуктивного поведения молодежи и подросткового материнства, статистический метод, использованы материалы Российского статистического ежегодника за 2018 год, доклада « О положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации», данные Юнисефа.

Анализ литературных источников показал, что физиологическая и психологическая неготовность юных матерей к вынашиванию беременности сопровождается высоким числом осложнений беременности и родов, рождению недоношенных, больных младенцев. Почти для трети юных матерей их материнство является столь нежеланным, что они во время беременности совершают криминальные попытки к ее прерыванию. Возрастание числа юных матерей приводит к увеличению отказов их от своих детей. До 15% новорожденных, оставленных в родильных домах, - это дети девушек-подростков. Примерно такое же количество младенцев, рожденных юными мамами, временно содержатся в домах ребенка в связи с неспособностью матери выполнять свои материнские обязанности.

Беременность девочек-подростков является причиной тяжелых конфликтов в семье. Почти треть родителей отрицательно относятся к подростковой беременности вообще и к беременности своих юных дочерей – в частности. Многие из них настаивают на прерывании беременности, ссылаясь на то, что девочке в таком возрасте надо получать образование, а не воспитывать детей.

Если же юная мать решает оставить ребенка, то у неё возникает большое количество проблем – во-первых, это трудности жилищного и материального характера, во-вторых, невозможность совмещения ухода за ребенком с продолжением учебы, в-третьих, серьезные ограничения в возможности трудоустройства в связи с отсутствием специальности и опыта трудовой деятельности.

Ранняя беременность и роды в подростковом возрасте нарушают процесс психофизиологического роста и развития девушек. Кроме того, беременность создает для них особую ситуацию психологического дискомфорта, последствия которого либо формируют чувство вины, стыда, комплекс неполноценности, либо побуждают к еще большему освобождению от нормативного поведения, соответствующего данному возрасту. Переживания девочки-подростка, связанные с ее беременностью, усугубляют также отношения с родителями, которые чаще всего принимают репрессии к своему ребенку и устраивают семейные скандалы. Не в лучшем положении находится и молодой отец, который просто еще не в состоянии принять на себя такой груз ответственности.

Результаты анкетирования показали насколько подростки (учащиеся 7-11 классов) ориентируются в вопросах о знаниях способов контрацепции; насколько они считают себя взрослыми и ответственными за свои поступки. Итоги анкетирования представлены на диаграмме.

По итогам опроса хорошо видно, что, по мнению школьников, начинать половую жизнь нужно в 16-18 лет.

Радует то, что большое количество подростков знает, что такое контрацепция. Благодаря вопросам анкеты выяснилось, что есть подростки, которые уже начали половую жизнь, но их малое количество. Неожиданным оказался ответ на последний вопрос, в котором больше половины опрошенных ответили, что положительно отнесутся к собственной беременности.

Результатом исследовательской работы стали предложенные рекомендации для подростков по профилактике ранней беременности и памятки. Профилактика ранней беременности - это комплекс мероприятий, направленный на предупреждение причин возникновения нежелательной беременности у подростков.

Профилактика ранней беременности в пубертатном периоде складывается из нескольких направлений. Во-первых, выработка ответственного отношения к половой жизни. В индивидуальных беседах нужно подвести подростков к необходимости самостоятельно сделать вывод о невозможности начала половой жизни ранее, чем наступит физическая и духовная зрелость. Необходимо также напомнить об ответственности перед партнером, родными и будущими детьми. Интересно, но большинство мам никогда не говорят с дочками на тему секса. Во многих семьях это не принято. Психологи уверены, что такое поведение в семье становится главной причиной ранней беременности. Если вы замечаете за своим ребенком какие-то странности, обязательно поговорите с дочерью. Если она признается, что ведет половую жизнь, не ругайте и не угрожайте ребенку, так подросток еще больше от вас отдалится. Важно спокойно объяснить девочке о методах контрацепции. И если факт остается фактом, вы ничего не сможете объяснить и доказать. Подросток уже вступил в половую жизнь, поэтому в вашем случае вы должны позаботиться о том, чтобы девочка не забеременела. Если девочка не ведет половую жизнь, но у нее есть знакомые мальчики, важно вовремя рассказать ребенку о сексуальной жизни в подростковом возрасте. Задача матери — донести до подростка, что секс в раннем возрасте опасен для несформировавшегося организма. Многие девочки начинают раннюю половую жизнь только потому, что хотят быть «не хуже других». Расскажите ребенку, чем чреват незащищенный секс. В подробностях опишите все болезни, передающиеся половым путем, а также последствия ранней беременности. Вы можете даже купить специальную литературу или ознакомить дочь с последствиями случайных половых связей посредством Интернета.

Во-вторых, ознакомление подростков с методами контрацепции. Подростки не обращаются к врачу по вопросам контрацепции, что объясняется естественной стыдливостью. Обсуждение этих проблем чаще происходит между сверстницами. Несомненно, лучшую информацию по этим вопросам может дать подростковый гинеколог, который и должен рассказать о предупреждении беременности с обязательным учетом индивидуальных особенностей девочки. Любой метод контрацепции, применяемый подростками, имеет определенную степень риска-

возникновение воспалительного процесса в половых органах, нарушение менструальной функции. Для подростков крайне важно рекомендовать средства контрацепции, сохраняющие фертильность и обладающие минимальными побочными эффектами. Консультация по вопросам контрацепции должна проводиться с учетом возрастных и анатомо-физиологических особенностей развития организма девушки.

В-третьих, выявление девочек, относящихся к группе риска (по раннему началу половой жизни), и целенаправленная работа родителей, педагогов, медиков, социальных работников с данными детьми.

Полученные результаты показали, что проблема юного материнства в последние десятилетия становится все более актуальной. Это связанно с ростом сексуальной активности подростков, ведущим к возрастанию количества непланируемых беременностей и родов у девушек-подростков.

Литература

1. Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Червенак Ф.А. Беременность высокого риска, МИА, 2015.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология, 2-е издание, Питер, 2015.
3. Здравоохранение в России. М.: Статус, 2017.
4. Оразмурадова А.А., Радзинский В.Е. Беременность ранних сроков от прегравидарной подготовки к здоровой гестации, 3-е издание. М.: Статус, 2017.
5. Российский статистический ежегодник. М.: Статус, 2017.

КАК ДЕЙСТВУЮТ ПРОСТЕЙШИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ?

Шаховская К.А.,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Казимирова Т.А.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «БМК», г.Балаково

Физиотерапия - целенаправленное профилактическое, лечебное и реабилитационное воздействие на организм человека различными природными и искусственно создаваемыми физическими факторами [2,с. 432].

В настоящее время доказано, что физические факторы действуют в основном специфически, оказывая разнообразное рефлекторное влияние через кожу на внутренние органы и системы организма человека, в таблице приведены примеры:

Таблица 1 «Уязвимые категории пациентов при термических воздействиях на кожу»

Престарелые люди.	Снижение болевой, температурной чувствительности.
Маленькие дети.	Нежность, уязвимость кожных покровов.
Пациенты с открытыми ранами, стомами или нарушением целостности кожных покровов.	Снижение количества болевых рецепторов, повышение чувствительности подкожных и подлежащих тканей к перепадам внешних температур.
Пациенты с сахарным диабетом.	Снижение болевой и температурной чувствительности.
Пациенты с поражением спинного мозга, спутанным сознанием, без сознания.	Не восприятие болевых, температурных раздражителей.

Специфичность этого влияния определяется: видом воздействия, локализацией воздействия, глубиной проникновения этого воздействия, дозой воздействия, видом ткани, на которую воздействует.

Большое значение имеет ответная реакция организма на физиотерапевтическое воздействие. С учетом вот этой ответной реакции организма возможна коррекция, а иногда и отказ от физиотерапевтического лечения для конкретного больного.

Большинство лечебных физических факторов действует на человеческий организм преимущественно через кожные покровы, поэтому вопрос об их роли в этом процессе является ключевым для физиотерапии и для полного понимания смысла, взаимодействия кожи с лечебными физическими факторами, рассмотрим несколько влияний кожи.

В отношении лечебных физических факторов, как, впрочем, и всех других факторов внешней среды, кожа выполняет барьерно-защитную функцию.

Физические факторы, например, могут значительно влиять на защитно-барьерные свойства кожи - изменять ее проницаемость. Это в конечном счете сказывается не только на физиологии кожи, но и деятельности всего организма.

Одна из важнейших функций кожи - физическая терморегуляция организма. Многие физические факторы (водо- и теплолечение, криотерапия, высокочастотная электротерапия) заметно влияют на эту функцию, благодаря чему с успехом используются в закаливании и акклиматизации организма, в лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями и нарушенной реактивностью организма.

Важная роль кожи в действии физиотерапевтических факторов может быть подчеркнута и в связи с ее обменной функцией, имеющей двойственный характер. Через воздействие на углеводный, белковый и липидный обмен в коже отчасти реализуется влияние физиотерапевтических методов на энергетические и пластические процессы в целостном организме. Рефлекторный механизм действия, считающийся основным в современной

физиотерапии, реализуется преимущественно благодаря влиянию лечебных физических факторов на рецепторы кожи. И это вполне закономерно. С одной стороны, энергия всех физических факторов в большей или меньшей степени (а для многих - преимущественно) поглощается кожей, ее отдельными структурными элементами. С другой стороны, кожа является огромным рецепторным полем, посредством которого организм связан с внешней средой [3, с.35].

Тепло - хорошее средство профилактики многих заболеваний. Оно является важным физиотерапевтическим средством, которое часто применяют в сочетании с медикаментозным лечением. К тепловым процедурам относятся: постановка банок, горчичников, горячие и согревающие компрессы, теплые и горячие ванны, грелка [2,с.433].

Реакция сосудов на тепло отмечается не только на месте непосредственного его приложения (хотя здесь она самая интенсивная), но и на всей поверхности тела. Применение тепла на область сердца вызывает учащение пульса, что обусловлено не непосредственным действием тепла на мышцу сердца, а раздражением рецепторов кожи.

Отмечается при тепловых процедурах (особенно при воздействии на весь организм) учащение дыхания и увеличение числа сердечных сокращений; при этом артериальное давление снижается. При интенсивном действии тепла заметно усиливается процесс потоотделения. Потогонное действие тепловой процедуры может способствовать некоторому обеднению крови водой, что может влиять на рассасывание экссудата.

Тепло также влияет на чувствительность организма: при кратковременном воздействии тепла чувствительность повышается, при более длительном — понижается. Тепловые процедуры также обладают антиспастическим и болеутоляющим действием. При длительном воздействии тепла на мышцы наблюдается расслабление их тонуса и увеличение усталости.

Компресс – это специальная лечебная многослойная повязка из марли или другой ткани, обычно в сочетании с ватой, вощёной бумагой или водонепроницаемой плёнкой [2,с.440].

Сухой компресс представляет собой ватно-марлевую (часто с вощеной бумагой) согревающую повязку, применяемую для согревания отдельных участков или для защиты от холода открытых частей тела (например, в области наружного уха, лицевых отделов черепа, шеи и др.).

Влажный согревающий компресс применяют как отвлекающее и рассасывающее средство, вызывающее активную местную гиперемию.

В лечении воспалительных инфильтратов мягких тканей применяют полуспиртовой согревающий компресс (к воде прибавляют салициловый или камфорный спирт). Для согревания больших поверхностей делают масляный компресс (например, согревающий компресс на всю поверхность передней брюшной стенки). Для такого компресса используют растительное масло.

Рисунок 1 «Компресс»

Назначают при местных воспалительных процессах (флебит, подкожный инфильтрат, лимфаденит), при остаточных явлениях травм, заболеваниях суставов и околосуставных тканей и др. Противопоказаниям и для наложения согревающих компрессов служат нарушения целостности кожи, дерматиты, пиодермия, фурункулез[1,с.46].

Грелка – резиновый резервуар, который заполняется водой.

Данная процедура вызывает рефлекторное расслабление гладкой мускулатуры, усиление кровенаполнения внутренних органов. Обладает болеутоляющим, рассасывающим, согревающим эффектом. Применяется на область живота, на область гематомы (2-е сутки), на область поясницы, область икроножных мышц.

Рисунок 2 «Грелка»

Полимерно-стеклянные банки. По режиму применения банки являются медицинским изделием многократного применения. Полимерно-стеклянные банки – сухие вакуумные применяются для проведения статической и кинетической вакуумтерапии.Являются средством благотворного воздействия на крово- и лимфообращение, улучшая периферическую циркуляцию крови, лимфы и межтканевую жидкости. Образующиеся продукты распада крови всасываются и стимулируют кроветворение. Устраняются явления застоя, усиливаются обменные процессы и кожное дыхание. В течение первого часа после применения банок отмечаются некоторые изменения в составе крови, снижение артериального давления и замедление пульса.

Ванны. Тёплая (37-39 °С) и горячая (свыше 40 °С) вода обеспечивает:отчётливое возбуждающее действие, расширение сосудов кожи, учащение ЧСС, снижение АД, снижение мышечного тонуса,расслабление гладкой мускулатуры внутренних органов,усиление потоотделения. К холодовым лечебным физиотерапевтическим процедурам относятся:холодные и прохладные ванны,холодные компрессы, пузырь со

льдом. При воздействии низкой температуры кожа охлаждается, сосуды ее суживаются, кровенаполнение уменьшается,что ведет к уменьшению теплоотдачи. Химическая терморегуляция связана с изменениеминтенсивности обмена веществ под влиянием температуры окружающей среды. Холод усиливает обмен веществ,повышение же температуры — снижает его.

В настоящее время физиотерапия приобрела большое социальное значение и стала важной составной частью специализированной медицинской помощи. В целом, комплекс физиотерапевтических процедур способствует сокращению сроков лечения, смягчению болезненной симптоматики, профилактике осложнений и рецидивов, исчезновению побочных эффектов, свойственных медикаментозному лечению, снижению лекарственной нагрузки на организм и даже, в некоторых случаях, отмене фармакотерапии. Физические методы лечения занимают достойное место в современной медицине, и их роль, вне сомнения, на фоне растущих осложнений и побочных реакций лекарственной терапии будет возрастать в будущем.

Литература

1.Биофизические основы физиотерапии: Учебное пособие. Турковский И.И Пономаренко Г.Н. — ОАО Издательство «Медицина». 2013. – [1]

2.Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии; под общей ред. В.В. Морозова. учебник Ростов н/Д: Феникс, 2015. – стр. 443-465-[2]

3.Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. Пособие / Л. В. Козлова, С. А. Козлов, Л. А. Семененко; под общ. Ред. Б. В. Кабарухина. — Изд. 7-е. —Ростов н /Д: Феникс, 2012 —[3].

Направление «Социально-гуманитарное»

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФИЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕКУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Асманкина М.А.,
Чистякова И.Н.
обучающиеся 3 курса
научные руководители
Кузнецова О.Н.,
Мухина С.Н.,
преподаватели,
Богородский филиал ГБПОУ НО НМК, г. Богородск

Подростковый возраст - время серьезных физиологических перестроек. Особенности роста и развития в подростковом возрасте определяют специфическое значение питания в этот период жизни. В связи с процессами роста и созревания подростковый возраст характеризуется наибольшей абсолютной потребностью в пищевых веществах и энергии по сравнению с другими периодами жизни человека. В это время наиболее вероятными являются самые разнообразные нарушения питания и физического развития – от недостаточности питания и задержки роста и полового созревания до риска развития ожирения [1].

Целью нашей работы являлось изучение влияния профиля обучения на формирование культуры здорового питания у подростков.

Для достижения данной цели были поставлены следующие **задачи**:

- изучить литературу по данной проблеме;
- определить анатомо-физиологические особенности развития подростков;
- рассмотреть такое понятие, как культура здорового питания;
- провести анкетирование студентов Богородского филиала ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж», ГБПОУ «Богородский политехнический техникум и учащихся МБОУ «Школа № 6» г. Богородска;
- провести антропометрическое исследование и проанализировать результаты
- сделать выводы, разработать рекомендации.

Общими гипотезами исследования выступили:

1. Профиль обучения влияет на формирование знаний о рациональном питании.
2. На реализацию основ правильного питания профиль обучения не влияет, вследствие чего у большинства подростков есть проблемы со здоровьем.

Испытуемыми стали студенты Богородского филиала ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж», ГБПОУ «Богородский

политехнический техникум и учащиеся МБОУ «Школа № 6» в возрасте 15 – 17 лет. Всего было исследовано 125 человек.

Методы исследования: теоретический, эмпирический, социологический, математический.

Практическая значимость исследования: результаты данного эмпирического исследования могут послужить основой профилактических мероприятий с подростками.

Теоретическая часть включала в себя 3 раздела. 1 раздел посвящен подростку. Описаны возрастные границы, психологические особенности подросткового возраста и особенности физического развития подростков.

Во втором разделе мы рассмотрели такое понятие как культура здорового питания – важнейшая составная часть общей культуры здорового и безопасного образа жизни [2].

Подробно описаны 3 направления, согласно которым происходит формирование культуры здорового питания у подростков.

Первое направление формирования культуры здорового питания – это рациональная организация питания в образовательном учреждении и дома, а так же за их пределами, где все от внешнего вида столовой или кухни до состава продуктов должно соответствовать принципам здорового питания и способствовать формированию здорового образа жизни. Структура, режим и организация питания должны не только соответствовать всем гигиеническим требованиям, но и служить примером здорового питания.

Второе направление – реализация образовательных программ по формированию культуры здорового питания. При формировании культуры здорового питания наиболее эффективна комплексная и системная работа, когда постепенно формируются основы гигиены и режима питания, дается представление о полезных продуктах и полезной пище, о необходимых питательных веществах, о рациональной структуре питания, о культуре питания разных народов и т.п.

Третье направление – просветительская работа с родителями (законными представителями), вовлечение родителей в процесс формирования культуры здорового питания в семье.

В третьем разделе изложены основные внешние факторы, влияющие на подростка и его питание. В качестве внешних факторов влияния мы рассматривали институт семьи, СМИ и социальную среду подростка [3].

Во второй главе, представляющей практическую часть, излагаются программа, методы, анализ и результаты исследования информированности подростков о рациональном питании и их антропометрических данных.

Одной из методик исследования было выбрано анкетирование. Анкета состояла из 10 открытых вопросов. Вопросы анкеты были направлены в основном на то, чтобы узнать, знакомы ли студенты колледжа и техникума, учащиеся школы с понятием «правильное питание», насколько сами подростки питаются правильно, употребляют ли в своем рационе фаст-фуд. Также мы поставили вопрос о том, к чему может привести неправильное питание. Не малое значение играет и то, сколько раз в день питается

подросток, и чем он питается, поэтому этот вопрос также вошел в анкету. Современное подростки, особенно девочки, знают о диетах, зачастую из интернета или просто от знакомых, и считают, что с их помощью можно сохранить фигуру. Однако, не каждый хорошо знает о том, какая диета нужна именно ему, т.к. диеты составляются индивидуально для каждого человека с учетом особенностей его организма, поэтому мы так же включили вопрос о диетах в анкету. Как известно, многие подростки страдают заболеваниями желудочно-кишечного тракта, этот вопрос был включен в анкету для того, чтобы узнать каков процент больных подростков среди испытуемых.

Следующим методом исследования была методика математической обработки антропометрических данных. С учетом роста и веса, по определенной формуле, представленной на слайде, мы выводили индекс массы тела для каждого испытуемого.

Выводы делались на основе следующих критериев: 18,5 – 24,9 – норма, 25 – 29,9 – предожирение, 30 – 34,9 – ожирение I степени, 35 – 39,9 – ожирение II степени, 40 и более – ожирение III степени.

В результате проведенного исследования первая общая гипотеза о том, что профиль обучения влияет на формирование знаний о рациональном питании, подтвердилась полностью.

Студенты медицинского колледжа более грамотны в формулировках понятий: 71% студентов медицинского колледжа дали определение понятия рациональному питанию, студенты БПТ - 41%, учащиеся школы - 55%.

На вопрос «К чему приводит неправильное питание?» только в медицинском колледже 100% опрашиваемых смогли дать ответ. Среди школьников и студентов БПТ результаты оказались ниже.

Вторая общая гипотеза о том, что на реализацию основ правильного питания профиль обучения не влияет, вследствие чего у большинства подростков есть проблемы со здоровьем, также подтвердилась полностью.

На все вопросы, связанные с организацией питания подростки и колледжа, и техникума, и школы, отвечали примерно одинаково.

76% опрошенных подростков на вопрос «Питаетесь ли вы правильно?» ответили «нет». При ответе на вопрос «Сколько раз в день вы питаетесь?» 58,5% подростков ответили 2 – 3 раза.

Основной едой в течение дня является колбаса, макароны, картофель, мучные изделия, кофе, мясо, бутерброды. Лишь только 16,5% подростков указали на то, что в их рационе присутствуют овощи и фрукты. 71,4% опрошенных употребляют фаст – фуд.

28,7% опрошенных подростков «сидели» на диете и из них лишь 8,6% - по назначению врача.

Необходимо отметить, что 27,4% опрошенных подростков уже имеют заболевания, связанные с нарушением деятельности желудочно-кишечного тракта: гастрит, панкреатит. У 11% подростков наблюдается избыточная масса тела: 7,4% имеют предожирение, 2,4% - ожирение I степени, 1,2% - ожирение II степени. У 10,5% подростков имеется недостаточный вес.

Итак, проанализировав полученную информацию, можно сделать вывод, что профиль обучения оказывает большое влияние на формирование знаний о рациональном питании и вреде нерационального питания, но на реализацию знаний профиль обучения не влияет. Можно предположить, что это связано с психологическими особенностями подросткового возраста.

На основе полученных результатов можно предложить следующие рекомендации:

1. Уделять внимание подростков организации правильного питания через проведение различных акций.
2. Формировать понятие о здоровом образе жизни через средства массовой информации.
3. Проводить различные обучающие семинары по организации правильного питания для родителей.

Литература

1. Ковалевский А.Н. Возрастные психологические особенности детей подросткового возраста. - URL: https://zdartschool.edumsko.ru/activity/methodics/post/269961 (дата обращения: 13.11.2019)
2. Методические рекомендации: формирование культуры здорового питания обучающихся, воспитанников. - URL: https://ciur.ru/izh/S87_izh/pages/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5%20%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8%20%D0%98%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%82%D1%83%D1%82%D0%B0%20%D0%92%D0%A4%20%D0%A0%D0%90%D0%9E%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8E%20%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D1%8B%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D1%88%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2.pdf (дата обращения: 13.11.2019)
3. Особенности питания в подростковом возрасте. - URL: https://for-teacher.ru/edu/klassnomu_rukovoditelyu/doc-hz26hab.html (дата обращения: 13.11.2019)

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СРЕДА КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Варачёва Е.В.,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Мингараева З.Р.,
преподаватель,
ГАПОУ «КМК», г. Казань

Миссия Казанского медицинского колледжа — обеспечение высокого профессионального и личностного развития средних медицинских работников в условиях динамично меняющихся потребностей рынка труда. Этому способствует и рабочие программы, созданные по ФГОС и дисциплины, среди которых биоэтика имеет особое значение. Основная задача биоэтики — способствовать выявлению различных позиций по сложнейшим моральным проблемам, которые лавинообразно порождает прогресс биомедицинской науки и практики. Биоэтика призвана способствовать поиску морально обоснованных и социально приемлемых решений этих и подобных им вопросов, которые встают перед человечеством практически ежедневно.

На занятиях биоэтики рассматриваются актуальные вопросы. После ознакомления с темой «СПИД и проблемы прав человека» студентам было предложено провести исследование по данной тематике. Для начала обозначим, какова структура изучаемой темы и какие цели были поставлены.

1. Показать учащимся темпы распространения ВИЧ/СПИДа.
2. Акцентировать внимание учащихся на том, что более половины случаев ВИЧ/СПИДа в мире приходится на подростков и молодежь.
3. Показать, что основными причинами ВИЧ- инфицирования подростков и молодежи является опасная поведенческая практика, включающая употребление наркотиков и опасный секс.
4. Обеспечить учащихся информацией в доступной форме, дать подробное представление о том, что такое ВИЧ /СПИД – посредством лекции [1] и видеопрезентации
5. Убедить учащихся, в необходимости раннего познания проблемы, что позволит правильно осознать опасность болезни и личную ответственность каждого человека за свое здоровье.
6. Создать условия для одновременного получения информации и обсуждения неясных моментов, с тем, чтобы закреплять полученные знания, формировать навыки поведения.
7. Формировать мотивации к сохранению собственного здоровья и здоровья своего партнера, в том числе через ответственное сексуальное поведение.
8. Обучить учащихся умению оценивать ситуации, опасные для жизни и здоровья.
9. Воспитать у учащихся ценностное отношения к своему здоровью,

здоровью своих близких и человеческой жизни.

Ожидаемый результат:

1) учащиеся осознают необходимость борьбы со СПИДом;

2) учащиеся поймут важность информированности молодежи о проблемах, связанных со СПИДом;

3) учащиеся проникнутся ответственностью за своё здоровье и здоровье окружающих людей, а также сочувствием к больным СПИДом.

«Неделя здоровья» - уникальный проект, который может быть реализован в любом образовательном учреждении. Цель данного проекта – привлечь внимание молодежи к актуальным проблемам, связанным со здоровьем. Та группа, которая после изучения прошла игру, стала организатором проекта «Неделя здоровья».

Основные сведения о нашем проекте:

- Ежегодно устраивать во всех (для начала можно начать с нескольких) образовательных учреждениях «Неделю здоровья», которая будет посвящена профилактике различных заболеваний и инфекций
- Данные «Недели здоровья» можно проводить в различных формах: в виде лекций, тренингов, круглого стола, игр, дискуссий и так далее
- Организаторами данных «Недель здоровья» будут студенты ГАПОУ «Казанский медицинский колледж»

Примерная структура «Недели здоровья»:

1. После составления плана «Недели» согласовать ее с администрацией образовательного учреждения
2. Каждый день профилактику разных заболеваний могут проводить разные группы Казанского медицинского колледжа (например, по 2 человека на класс)
3. До проведения «Недели здоровья» можно провести предварительное анкетирование учащихся, чтобы выяснить базовый уровень знаний факторов риска и способов профилактики выбранных заболеваний
4. После проведения «Недели» можно провести повторное анкетирование
5. Представители актива класса и представители ГАПОУ КМК для подведения итогов могут организовать круглый стол

В качестве пилотного проекта мы запустили «Неделю здоровья» в нашем колледже. Для иллюстрации представляем вашему вниманию кадры со дня профилактики ВИЧ. (01.12.2018 год, см. рис. 1,2,3,4)

Итоги недели здоровья:

- Ознакомили студентов с факторами риска и способами профилактики заболеваний (СПИДа)
- С помощью анкетирования выявили знания студентов о данном заболевании. Результаты:
    1. 43 студента из 60 знают о способах передачи ВИЧ-инфекции
    2. 31 студент из 60 знает о способах профилактики ВИЧ-инфекции
    3. 22 студента правильно определили отличие ВИЧ и СПИД
    4. 37 студентов правильно расшифровали понятия «ВИЧ» и «СПИД»
    5. 20 студентов из 60 правильно определили права ВИЧ-

инфицированных

- Определили плюсы и минусы организации «Недели» для дальнейшей рациональной организации подобных встреч.

Рисунок 1. День профилактики ВИЧ

Рисунок 2. День профилактики ВИЧ

Рисунок 3. День профилактики ВИЧ

Рисунок 4. День профилатики ВИЧ

Литература

1. Лекция "К Всемирному дню борьбы со СПИДом". [Электронный ресурс] URL:https://urok.1sept.ru/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8/630603/ (дата обращения: 27.11.2019)

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Варнакова К.И., Воронова И.И.,
Лойко А.О., Гончар А.А.
обучающиеся 2 курса
научный руководитель
Ефименко Г.А.,
преподаватель,
НФ ГБПОУ «КОМК» г. Новокузнецк

Современная образовательная система все больше выдвигает на первый план необходимость воспитания нового типа личности. Этому аспекту посвящены многие программы профильных, научных организаций. Духовно-нравственное воспитание в рамках ФГОС предполагает педагогическую

поддержку становления высоконравственного, ответственного молодого гражданина, наделенного инициативой.

В России утверждена не так давно Стратегия развития воспитания, которая рассчитана до 2025 года. Стандарт ориентирует на решение ряда задач, одним из основополагающих принципов которого назван целостный образовательный процесс, опирающийся на духовно-нравственные, социокультурные правила и нормы [7].

Духовно-нравственное воспитание предполагает становление отношений подрастающего поколения к Родине, обществу, коллективу, людям, к труду, своим обязанностям и к самому себе, и, соответственно, развитие качеств: патриотизма, толерантности, товарищества, активное отношение к действительности, глубокое уважение к людям.

Задача духовно-нравственного воспитания состоит в том, чтобы социально необходимые требования общества педагоги превратили во внутренние стимулы личности каждого ребенка, такие как долг, честь, совесть, достоинство.

Национальный воспитательный идеал — высшая цель образования, абсолютно нравственное представление о человеке, на воспитание, обучение и развитие которого направлены усилия основных субъектов национальной жизни: государства, семьи, школы, политических партий, религиозных и общественных организаций. Такой идеал имеет конкретно-исторический характер, соответствует условиям определенной эпохи.

Современная система образования является своеобразным «продуктом» существования каждой из исторических эпох. Начиная с первично общинного строя, и заканчивая ныне существующей информационной эпохой, методика преподавания и обучения изменялась. В некоторых случаях эти перемены приводили к повышению уровня знаний и навыков учащихся, в других же – становились средством ограничения и даже движением назад. Несмотря на различия, которыми отличались образовательные системы, современное школьное и университетское образование берёт своё начало в Древних Греции и Риме.

В ходе развития этих государств, предполагалось, что каждый ребёнок в будущем должен стать достойным гражданином своей страны. Поэтому внимание уделялось не только теоретическому изучению главных наук, но и физическому развитию личности и общества в целом.

Хотя это нравственное правило было сформулировано в древности известными учителями и мыслителями, актуальность своего предназначения в современном мире не потеряло. «Чего не хочешь себе, не делай другому» – так звучит правило в оригинальном трактовании. Возникновение такого трактования причисляют к истокам первого тысячелетия до нашей эпохи, но до сих пор помогает духовному воспитанию [4,6].

Воспитание нравственности – процесс, который не предполагает перерывов, а только тесное взаимодействие ученика и воспитателя.

В Греции обучение начиналось с семи лет, как и в современных школах. Именно такой возраст считался наиболее приемлемым для того, чтобы

осваивать азы дисциплин. Это обуславливалось физической готовностью к восприятию информации и сочетанием процесса взросления и обучения.

В определении современного национального воспитательного идеала необходимо опираться на отечественные традиции и сохранять преемственность по отношению к воспитательным идеалам предшествующих эпох.

Следует отметить, что в 19 веке «образовательный бум» сопровождался высоким интересом к педагогической науке.

В 1804 году Александр I утвердил представленные Министерством «Предварительные правила народного просвещения», на базе которых был обнародован «Устав учебных заведений».

Второй ступенью народного образования России Устав 1804 года называет уездные училища.

Вопрос об обязательном начальном образовании россиян так и не был решен в течение XIX века. А вскоре разразившаяся первая Мировая война и вовсе отодвинула эту задачу в тень.

Московский университет стал центром культурной жизни российского общества. В нем рассматривались проблемы касательные обучения и воспитания. Профессорами проводились публичные лекции, торжественные собрания по случаю знаменательных дат, живое слово просветителей, выражающее прогрессивные идеи своего времени, оказывало воспитывающее воздействия на молодое поколение [1].

Российская школа призвана к воспитанию личности свободной, творческой, инициативной, саморазвивающейся. Основная цель процесса— создание адекватных условий на каждой стадии воспитания, причем не только учителями, но и родителями. Последнее обстоятельство зависит от ряда проблем:

- отсутствие в современном обществе положительных идеалов, затрудняющее выбор по-настоящему ценностного ориентира подрастающим поколением;
- аморальные явления в окружающем мире, недостаточно пресекаемые властью и склоняющие молодежь к мнению о вседозволенности;
- слабая организация досуга и культурных мероприятий с детьми;
- поверхностное отношение государства и школы к физическому развитию учащихся;
- развращающая информация в СМИ и интернете, склоняющая молодых людей к беззаботному, агрессивному, нездоровому образу жизни, а также к жестокости и экстремизму;
- чрезвычайно низкая культура речи и поведения в обществе [2].

Социально-нравственное воспитание закладывает базовые характеристики личности, которые позже дают о себе знать, проявляясь в поведении и деятельности. Развитые нравственные качества реализуются через уважительное отношение к ценностям общества, стремление быть полезным. Нравственный человек придерживается определенных рамок и

целей, Стремится быть истинным гражданином и патриотом.

Содержание гражданско-патриотического воспитания основывается на соответствующих формах воспитательной работы:

- тематические классные часы;
- проведение экскурсий по музею учебного учреждения и посещение музеев города;
- изучение истории своей семьи, семейных традиций;
- изучение народных традиций и обычаев, истории своего города, учебного учреждения;
- кружковая работа;
- проведение общественных мероприятий;
- проведение встреч с ветеранами ВОВ и участниками боевых действий в горячих точках.[5]

В Новокузнецком филиале Кемеровского областного медицинского колледжа духовно-нравственное воспитание осуществляется через соответствующие формы воспитательной работы. За годы существования филиала колледжа в нем сложились определенные традиции, которые воплощаются в форме праздников «Посвящение в студенты», весенних юморин, Дня здоровья, конкурсов «Лучший по профессии», Дня открытых дверей. По инициативе Студсовета проводятся конкурсы художественной самодеятельности, КВНы, на которых студенты раскрывают свои многочисленные таланты в пении, танцах, актерском мастерстве. Студенты нашего колледжа принимают активное участие в городских мероприятиях, таких, как поэтический конкурс «Строки, опалённые войной», Школа актива, «Студенческая весна», День донора, День здорового сердца, «Подари добро», акция «Чужих детей не бывает» и многих других социально, патриотически и культурно значимых мероприятиях.

Духовно-нравственное воспитание осуществляется также через учебно-исследовательскую деятельность будущего специалиста. В колледже организована работа предметных кружков «Младшая медицинская сестра», «Фармация», «Психология», «Латинский язык», «Иностранный язык», «Ботаника», «Обществознание», в которых активизируется учебно-исследовательская работа. Цель работы предметных кружков: развитие учебно-исследовательской компетентности обучающихся, совершенствование личности. В ходе деятельности кружков реализуются такие задачи, как развитие когнитивных навыков, побуждающих к освоению новых знаний и формированию профессиональных и общекультурных компетенций; развитие умений самостоятельной работы научно-исследовательского характера; развитие умений и навыков, необходимых студентам для формирования профессиональной компетентности и для развития лучших моральных качеств.

Важно, чтобы параллельно с овладением профессией, профессионально-значимыми качествами у обучающихся были сформированы общекультурные компетенции, развиты духовность и нравственность,

уважение к истории страны, области, города, образовательной организации.

Будущее страны создается сегодня. От того, как поставлено воспитание подрастающего поколения, зависит перспектива завтрашнего общества. Воспитание нравственности, высокой культуры у современных молодых людей – первостепенная задача.

Нельзя не согласиться с мудрой мыслью А.С. Макаренко, что важную роль в духовно-нравственном воспитании играет личность самого учителя, «его позиция и образ: эмоциональность, ответственность, педагогическая любовь, педагогический оптимизм» [3].

Литература

1. Андреев А.Ю. Московский университет в общественной и культурной жизни России нач. XIX в. – М.: Языки русской культуры, 2000. – 312 с.
2. Балалыкин Д.А. История медицины. Книга 3 [Текст] : учебное пособие /Д. А. Балалыкин – Издательство ГЭОТАР – Медиа, 2017.
3. Васильева Л. А. Компетентностная модель выпускника медицинского колледжа/ Л. А. Васильева // Проблемы и перспективы развития образования: материалы междунар. науч. конф. (г. Пермь, апрель 2011 г.).Т. II. — Пермь: Меркурий, 2011. — С. 7-9.
4. Концепция духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России в сфере общего образования: / А. Я. Данилюк, А. М. Кондаков, В. А. Тишков. Рос.акад. образования. — М.: Просвещение, 2009.
5. Матюхина, Ю. А. Секреты древней медицины. [Текст] : Ю.А. Матюхина. - Москва: Огни, 2010. - 272 с.
6. Сорокина, Т. С. Атлас истории медицины. Первобытное общество и Древний мир. [Текст] : Т.С. Сорокина. - М.: Издательство Российского Университета дружбы народов, 2009. - 172 с.
7. Туляков Э.С. Стратегия развития воспитания в Российской Федерации // Э.С. Туляков. - М.: Информационно-аналитический центр, 2015.-URL: http://council.gov.ru/media/files/41d536d68ee9fec15756.pdf (дата обращения 24.11.2019). - Режим доступа: - свободный - Текст: электронный (Туляков, 2013).

МОНИТОРИНГ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ КОЛЛЕДЖА

Вассимирская А.А,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель:
Шабай С.А.,
преподаватель,
ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж», г.Бирск

Мониторинг - система постоянного наблюдения за явлениями и

процессами, проходящими в окружающей среде и обществе, результаты которого служат для обоснования управленческих решений по обеспечению безопасности людей и объектов экономики. Всемирная организация здравоохранения выносит болезни сердечно-сосудистой системы на первое место в причинах смерти по всему миру [2, с. 24].

Студенты предметного кружка «Анатом» в течение **двух лет** проводили мониторинг сердечно-сосудистой системы у студентов, а также в этом году обследовали сотрудников колледжа.

Цель исследования:

-определить уровень функционального состояния сердечно-сосудистой системы у респондентов по нескольким показателям;

-разработка методических рекомендаций по сохранению здоровья и ведения здорового образа жизни.

Материалы и методы: материалы - обучающиеся и сотрудники колледжа (респонденты), плечевой электронный тонометр, бланки для фиксирования результатов, программа MSExcel.

Методы - изучение и анализ литературы по изучаемой проблеме; опытно- экспериментальная работа включающая проведение измерения артериального давления, пульса за 2 года у студентов, сотрудников; социологический опрос сотрудников; анализ и статистическая обработка полученных данных; разработка методических рекомендаций по профилактике гипо- и гипертонии.

Задачи исследования:

-применить ранее изученные методики определения оценки артериального давления и характеристики пульса по отношению к респондентам;

-провести мониторинг состояния функционального состояния сердечно-сосудистой системы у студентов и сотрудников колледжа за 2 года; анализ полученных данных;

-разработать и выдать рекомендации респондентам по ведению здорового образа жизни

Гипотеза: полученные результаты исследования позволяют:

-расширить и углубить представления об особенностях функционирования сердечно-сосудистой системы в состоянии покоя и при физической нагрузке у студентов колледжа;

-подтвердить необходимость оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, морфологических особенностей физического развития обучающихся при организации занятий физической культуры, разработке тренировочных программ, подборе нагрузок и средств физической культуры;

-подтвердить необходимость мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы у сотрудников колледжа.

Объект изучения: обучающиеся и сотрудники колледжа.

Предмет изучения: артериальное давление, пульс по средствам методик изучения.

Сердечно-сосудистая система объединяет все органы и системы организма в единое целое. Основные показатели кровообращения - кровяное

давление, характеристики пульса [1, с. 333].

При любых жалобах на состояние здоровья у пациента измеряют артериальное давление и пульс. Эти показатели указывают на состояние сердечно-сосудистой системы и качество питания, которое получают все клетки организма. Нарушение сердечного ритма, скорости сокращения миокарда и повышение нагрузки на кровеносные сосуды, провоцирует развитие болезней сердца, негативно влияет на состояние всего организма, вплоть до серьезных осложнений.

За основу исследования мы взяли схему исследования сердечно-сосудистой системы. По данной схеме: проводится оценка состояние артериального давления в покое; проводится оценка пульса; проводится анализ функциональной сердечно-сосудистой пробы после выполнения нагрузки.

Проведен мониторинг (наблюдение) артериального давления у студентов колледжа за 2 года. Несмотря на уменьшение количества обследуемых, уровень отклонений от нормы: увеличилось количество гипо- и гипертоников.

Таблица 1

Мониторинги оценка артериального давления у респондентов в состоянии покоя за 2 года

Данные за 2017-2018 учебный год	Данные за 2018-2019 учебный год
- у 2 респондентов высокое артериальное давление, что составляет 1,0%; - у 39 респондентов низкое артериальное давление, что составляет 19,40%; - у 160 респондентов - артериальное давление в норме, что составляет 79,60%	- у 3 респондентов высокое артериальное давление, что составляет 1,52%; - у 39 респондентов низкое артериальное давление, что составляет 19,79%; - у 155 респондентов - артериальное давление в норме, что составляет 78,69%
201 респондент	197 респондентов

Таблица 2

Мониторинг и оценка пульса за 2 года

Данные за 2017-2018 учебный год	Данные за 2018-2019 учебный год
- у 4 респондентов - выше нормы, что составляет 1,99%; - у 44 респондентов - ниже нормы, что составляет 21,89%; - у 153 респондентов в норме, что составляет 76,12%.	- у 6 респондентов - выше нормы, что составляет 3,05%; - у 42 респондентов - ниже нормы, что составляет 21,32%; - у 149 респондентов в норме, что составляет 75,63%.
201 респондент	197 респондентов

Таблица 3

Мониторинг и оценка функциональной сердечно-сосудистой пробы у респондентов

Данные за 2017-2018 учебный год	Данные за 2018-2019 учебный год
- у 23 респондентов - высокое артериальное давление, пульс выше нормы, что составляет 11,44%; - у 3 респондентов - низкое артериальное давление, пульс ниже нормы, что составляет 1,49%; - 175 респондентов - артериальное давление и пульс в норме, что составляет 87,06%.	- у 24 респондентов - высокое артериальное давление, пульс выше нормы, что составляет 12,18%; - у 3 респондентов - низкое артериальное давление, пульс ниже нормы, что составляет 1,52%; - 170 респондентов - артериальное давление и пульс в норме, что составляет 86,3%.
201 респондент	197 респондентов

Из числа сотрудников в исследовательском проекте приняли участие 27 человек.

1. Оценка артериального давления у респондентов в состоянии покоя:

- у 10 респондентов высокое артериальное давление, что составляет 37,04%;
- у 5 респондентов низкое артериальное давление, что составляет 18,52%;
- у 12 респондентов - артериальное давление в норме, что составляет 44,44%

2. Оценка пульса на лучевых артериях у респондентов

- у 11 респондентов - выше нормы, что составляет 40,74%;
- у 7 респондентов - ниже нормы, что составляет 25,93%;
- у 9 респондентов в норме, что составляет 33,33%.

3. Социологический опрос

Вопрос	Положительный ответ составляет
1. У вас часто бывают головные боли и головокружения?	27 – 100%
2. У вас часто "звенит" в ушах?	24 – 88,88%
3. Периодически в глазах темнеет и рябит, перед глазами прыгают "мушки"	10 – 37,04%
4. У Вас есть вредные привычки?	9 – 33,33%
5. В наследственности имеются отклонения от нормы АД?	11 – 40,74%

Почему у подростков скачет давление? Можно назвать две основные причины резкого понижения и повышения давления у подростков: «гормональный бум» подросткового периода - связанная с половым созреванием перестройка всего организма; вегето-сосудистая дистония - очень часто встречающееся именно среди подростков состояние, вызываемое возрастными изменениями в вегетативной нервной системе.

Мы предлагаем Вам общие рекомендации по формированию ЗОЖ независимо от возраста:

Факторы риска для артериальной гипертензии: отягощенная наследственность, мужчины от 35 лет (для женщин возраст значительно выше - от 55 лет), курение, избыточная масса тела, неправильный рацион питания с повышенным содержанием соли, повышение уровня холестерина, подверженность стрессам, малоподвижный образ жизни, злоупотребление

алкоголем и т.д. Предлагаем рекомендации: измерение артериального давления, посещение врача, режим труда и отдыха, правильное питание, психоэмоциональная устойчивость, дозированная физическая активность, отказ от вредных привычек [2, с. 187].

Симптомы, которые характерны при гипотонии: утомляемость, головная боль, головокружение; шум в голове, шаткая походка; нарушение памяти; сон, который не придает бодрости; фобия высоты, страх при ходьбе по мосту; боль в мышцах, суставах, сердце и т.д. [2, с. 269].

Если ты чувствуешь слабость, проснувшись утром, то Вам помогут следующие рекомендации: потри ушные раковины, прими контрастный душ, соленые продукты, так как они повышают давление, приготовь идеальный для гипертоника завтрак - чашку кофе и бутерброд с маслом и сыром или кусочком соленой рыбы.

Гипотония - повод обратиться к врачу и выяснить причину.

Предлагаем Вам рецепт улучшающий самочувствие: возьмите 2 стакана грецких орехов, 2 целых лимона, 1 стакан изюма, кураги, фиников, вяленого инжира и пропустите через мясорубку. Добавьте к массе 500 мл меда. Влейте по 50 мл спиртовой настойки женьшеня, элеутерококка или лимонника и 50 мл экстракта эхинацеи.

Проведенная исследовательская деятельность за 2 года позволяет, применить полученные данные в практической деятельности: при организации занятий физической культуры, разработке тренировочных программ, подборе нагрузок и средств физической культуры для каждого студента; информированность в состоянии здоровья у сотрудников колледжа позволить сократить количества выхода по больничному листу, а выданные рекомендации позволять вести здоровый образ жизни.

Литература

1.Смольянникова, Н.В. Анатомия и физиология [Текст]: учеб. /Н.В. Смольянникова. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017. Гриф ФГАУ «ФИРО», МО и науки РФ

2.Федеральная служба государственной статистики. Форма доступа: ttp://www.gks.ru/

НУЖДА РОЖДАЕТ ИЗОБРЕТЕНИЕ ИЛИ ОДА ОДНОРАЗОВЫМ ПОДГУЗНИКАМ

Вдовина А.П.,
обучающаяся 2 курса
научный руководитель
Ермакова С.Н.,
преподаватель,
ГБПОУ «ТМедК», г. Тольятти

На занятиях по английскому языку, изучая тему «Гениальные изобретения XX века» (Great inventions of the XXth century), мы нашли документ "Тридцать изобретений XX века, в корне изменивших

повседневную жизнь человечества", опубликованный в 2000 г.

Открывает список самолет, замыкает - полная расшифровка генома человека. В приведенном перечне много интересного - телевизор, компьютер, шариковая ручка и… одноразовые подгузники.

Одноразовые подгузники принципиально изменили и качественно улучшили жизнь малышей и их родителей. Подгузники – прекрасное изобретение XX века, которым пользуются молодые мамы всего мира! Вот почему выбранная тема является актуальной.

Цель работы: ознакомиться с историей появления одноразовых подгузников, чтобы в дальнейшем использовать полученные знания для проведения санпросвет работы с молодыми родителями и формирования здорового образа жизни.

Задачи: изучить данные литературных и интернет-источников, составить анкету и провести анкетирование студентов и преподавателей Тольяттинского медколледжа об использовании одноразовых подгузников.

Объект исследования – интернет-источники и 100 респондентов. Из них 10 преподавателей Тольяттинского медколледжа, имеющих одного и более детей в возрасте от 1 до 40 лет и 90 студентов Тольяттинского медколледжа. 30% студентов-респондентов уже имеют детей, 50% имеют опыт общения с маленькими детьми и 10% опрашиваемых не имеют подобного опыта. Однако, их ответы не менее важны, так как это будущие медицинские работники.

Предмет исследования – история появления одноразовых подгузников и их использование. Методы исследования – изучение литературных и интернет-источников по выбранной теме и анкетирование.

В русском языке за одноразовыми подгузниками закрепилось слово «памперс» - по названию популярной марки. В большинстве европейских языков подгузники обозначаются тем же словом, что и пеленка. Например: американский английский – diaper, британский английский – nappy (пелёночка, подгузничек, от napkin – пеленка, подгузник), немецкий – windel, французский – couche.

В античный период использовали подгузники из шкур, впитывающим материалом которых являлись трава, мох, листья, лен и шерсть. В начале XIX века появляются подгузники из трикотажа и льна, в качестве впитывающего материала в них использовалась мягкая шерсть. В середине XX века появляются службы, которые забирали у родителей грязные пеленки, а позже — многоразовые подгузники, чистили их, а потом развозили по домам. Но такая возможность была доступна только обеспеченным жителям США и Европы.

Когда же появились современные одноразовые подгузники? На этот вопрос 70% опрашиваемых ответили «20 лет назад», 20% респондентов считают, что «30 лет назад» и 10% анкетируемых затруднились с ответом.

История одноразовых подгузников ведет свое начало с середины двадцатого века. И начало этой истории положил химик-технолог компании Procter&Gamble и по совместительству дедушка троих маленьких внуков.

Виктор Миллз (Victor Mills).

Придумать памперс его заставила жизнь: на выходные ему оставили трех малышей. Первым делом дети "пометили" дорогой ковер ручной работы. Затем кресло. Диван. Пол в кухне. Четыре кровати. И даже собаку! Миллз схватился за голову. "Что мне делать?" — в ужасе подумал он... Столкнувшись с массой неудобств, связанных со сменой пеленок, он решил проблему как истинный изобретатель — начал разработку одноразовых подгузников.

К тому времени он проработал в компании более 30 лет и, благодаря своим остроумным решениям, превращающим проблемные продукты в бестселлеры, заслужил репутацию человека, способного творить чудеса.

100% респондентов не смогли ответить на вопрос «Кто изобрел одноразовые подгузники?». Некоторые из анкетируемых делали предположения «американцы» или «врачи из США».

Домашние мучения Миллза привели к тому, что он мобилизовал нескольких своих сотрудников, чтобы идея получила практическое воплощение.

Исследовательский отдел P&G отправился в магазин игрушек, где были куплены несколько популярных в то время «писающих» кукол Betsy Wetsy. Именно на них сначала тестировались одноразовые впитывающие подгузники.

В дальнейшем первые модели одноразовых подгузников Миллз с чувством глубокого удовлетворения испытал на собственных внуках и двойняшках коллеги Боба Дункана.

Первые подгузники были довольно простыми — квадратные куски впитывающей бумаги с покрытием из полиэтилена и креплением с помощью булавок. Но даже в таком виде они произвели настоящую революцию!

Домашние испытания подтвердили перспективность идеи, оставалось совсем немного - создать опытную партию и посмотреть, как отреагирует на новый продукт привередливое американское население.

Население отреагировало крайне отрицательно, и идея одноразовых подгузников чуть не погибла в периоде новорожденности.

Трудно было придумать условия для испытаний более неблагоприятные. Одноразовые подгузники попытались использовать летом в городе Даллас при температуре $+30^{o}C$. Немногие согласившиеся родители очень быстро прекращали эксперименты над младенцами, ибо раздражение кожи возникало почти мгновенно.

Как известно, отрицательный результат - тоже результат. К счастью, руки разработчиков не опустились. Как следствие, - март 1959 года стал датой в истории человечества, ознаменовавшей первое успешное массовое использование одноразовых подгузников.

К этому времени была подготовлена опытная партия из 37 тысяч подгузников. Создатели отказались от плотного пластика, изделие стало мягче, прокладка лучше впитывала влагу, более того - было предложено сразу два варианта - на кнопках и на липучках. Полем для испытаний

выбрали город Рочестер. Модель с кнопками понравилась больше и две трети семей, участвовавших в эксперименте, признали тот факт, что новые одноразовые подгузники, наверняка, не хуже старых и привычных многоразовых.

Положительные отзывы заметно активизировали энтузиазм не только Миллза, но и руководства Procter & Gamble.

Возникло две задачи: придумать изделию название и создать оборудование для его массового производства.

С первой задачей справились довольно быстро. Перебрав множество вариантов, подгузник назвали "Pampers" (от английского глагола "to pamper" - "баловать", «лелеять», «изнеживать»).

Вторая задача оказалась намного серьезнее. Тем не менее, технологию производства удалось усовершенствовать, и памперсы начали свое победное шествие по миру. Поначалу продвижение новинки было медленным из-за цены изделия. Родителям памперсы нравились, но, с учетом цены в 10 центов за штуку, бережливые американцы готовы были продолжать стирку.

И только после того, как объем производства вырос в несколько раз, цена удовлетворила всех - и покупателей, и производителей.

Изначально существовало всего три размера памперсов: маленькие, средние и большие, и они были не очень комфортными для малыша.

В 1961 году, когда и слово "Pampers" было придумано, и технология вполне отработана, Виктор Миллз ушел на покой. Пожилой и далеко не бедный изобретатель увлекся путешествиями и альпинизмом. Ему было далеко за 80, а он все еще лазил по горам. Умер Виктор Миллз в возрасте 100 лет в 1997 году.

На вопрос «Использовали ли вы одноразовые подгузники для ухода за своим ребенком?» 95% респондентов ответили утвердительно.

По некоторым данным, ребенок в среднем использует за жизнь около 4000 подгузников.

По данным анкетирования, частота использования одноразовых подгузников в среднем колебалась от 2 до 12 штук в день пропорционально возрасту ребенка.

Мировой рынок одноразовых подгузников, по данным на 2017 год, оценивался в 20 миллиардов евро, более половины этого рынка приходилось на марки Pampers, Huggies и Libero. Данные марки наиболее популярны и в России.

Среди используемых марок одноразовых подгузников респонденты указали Pampers, Huggies, Merries.

Большинство опрашиваемых считают, что лучшими являются подгузники Pampers, также весьма популярны подгузники Huggies.

Указывая лучшую марку подгузников участники анкетирования приводили следующие аргументы: «удобно для прогулки или похода в гости», «хорошо впитывают», «есть специальные подгузники для мальчиков и девочек», «не вызывают потницу».

100% респондентов считают появление одноразовых подгузников

чрезвычайно полезным. Тем не менее, это гениальное изобретение уместно только до определенного возраста!

70% анкетируемых считают, что одноразовые подгузники можно использовать до 1 года, 20% опрашиваемых допускают использование одноразовых подгузников до 2-3 лет и лишь 10% указали возраст «4 года и старше».

Отметим, что постоянное нахождение ребенка в подгузнике может негативно сказаться на состоянии кожи, поэтому большинство педиатров считают, что ношение подгузников не должно быть постоянным.

Приведем весьма грустный пример использования одноразовых подгузников.

Более 1600 британских школьников ходят на занятия в подгузниках. Такую статистику приводит Национальный фонд образовательных исследований Англии, опираясь на собственное исследование. В стране появляется поколение, не способное самостоятельно позаботиться даже о собственной гигиене. «Я знаю одного 11-летнего мальчика, который до сих пор спит всю ночь в подгузнике», – говорит один из авторов исследования.

В процессе работы мы расширили свой кругозор об уходе за детьми и в дальнейшем планируем использовать полученную информацию при проведении санпросвет бесед с молодыми родителями. Считаем, что использование подгузников хорошо в меру и согласно возрасту ребенку. Пользоваться подгузниками или нет решают только родители. Пухлый младенец в памперсе умилителен, а трехгодовалый крепыш вполне может обходиться без этого гениального изобретения.

Литература

1. Гловацки Джейми. Откажитесь от подгузников! /Джейми Гловацки – Москва: Эксмо, 2017 – 352 с.

2. Комаровский Е. О. Одноразовые подгузники. Популярное руководство пользователя. – Москва: Клуб 36,6, 2018 – 160 с.

Электронные ресурсы удаленного доступа (Интернет-ресурсы)

1. Валяева М., Соколова С. Всемирная история подгузников: прогресс и эмансипация / Мария Валяева, Светлана Соколова // Кот Шрёдингера: живой научно-популярный журнал. – 2016. - № 11 – С. 14 – URL:
https://rg.ru/2016/11/14/vsemirnaia-istoriia-podguznikov-progress-i-emansipaciia.html (дата обращения: 26.11.2019).

2. Кто придумал Памперсы подгузники? – URL: http://altpp.ru/izobretenie-izmenivshie-istoriyu-chelovechestva/pampersy_podguzniki.html (дата обращения: 26.11.2019).

ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МОЗГА

Живага А.А.
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Кулябина Л.А.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «БМК»
г. Балаково

Мозг человека является по-настоящему уникальным органом. Все жизненные процессы контролируются именно им. Но, к сожалению, мозг очень уязвим, ко всякого рода повреждениям, и даже кажущиеся незначительными изменения в его работе могут привести к серьезным и необратимым последствиям.

Проблема инсультов, как в целом, так и в частности ишемического инсульта, является весьма актуальной в современном мире, так как по причине инфаркта мозга ежегодно повсеместно умирает огромное количество людей.

Согласно докладу ВОЗ о ситуации в области неинфекционных заболеваний (НИЗ) в мире (2010 г.) из 57 миллионов случаев смерти во всем мире в 2008 году причиной 36 миллионов (63 %) были НИЗ, преимущественно заболевания сердечно-сосудистой системы, диабет, онкологические заболевания и хронические заболевания органов дыхания.

В связи с усилением последствий НИЗ на фоне старения населения прогнозируется дальнейший ежегодный рост числа случаев смерти от НИЗ во всем мире. При этом самый высокий уровень роста ожидается в регионах с низким и средним уровнями доходов [4].

Одним из приоритетных направлений в системе здравоохранения по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) является создание системы и осуществление мониторирования факторов риска (ФР) развития НИЗ на основе их регулярного изучения в представительных национальных или региональных выборках методом анкетирования населения, что позволит оценить приоритетность профилактических мероприятий по оздоровлению, повысит эффективность и снизит финансовые затраты на целевые профилактические программы [8].

Цель исследования – проанализировать основные теоретические и практические аспекты выявления факторов риска развития инфаркта мозга среди населения г.Балаково, и разработать рекомендации по профилактике инфаркта мозга.

Задачи исследования:

-изучить литературу по данному заболеванию;

-изучить факторы риска развития и принципы лечения инфаркта мозга;

-исследовать данные анкетирования;

-анализировать и систематизировать полученные данные;

-разработать памятку по профилактике инфаркта мозга.

Предмет исследования: факторы риска развития инфаркта мозга.

Объект исследования: населе́ние г. Балаково.

Ишеми́ческий инсу́льт (инфа́ркт мо́зга) — острое нарушение мозгового кровообращения с повреждением ткани мозга, нарушением его функций вследствие затруднения или прекращения поступления крови к тому или иному отделу. Может быть обусловлен недостаточностью кровоснабжения определённого участка головного мозга по причине снижения мозгового кровотока, тромбоза или эмболии, связанных с заболеваниями сосудов, сердца или крови.

Выявление, осведомление населения, а также контроль над основными факторами риска возникновения той или иной инсульт-патологии – это наилучший из способов снижения индивидуального риска развития апоплексии у конкретного пациента.

Теперь немного подробнее остановимся на вопросе факторов риска развития инсультов.

1 Возраст и пол.

Частота инсульта зависит от возраста, удваиваясь в каждом последующем десятилетии по сравнению с предыдущим. У пожилых людей (60 лет и старше) инсульт встречается в 17 раз чаще, чем в возрасте до 45 лет.

2. Время года и климат .

Инсульт и смертность от него зависят от метеорологических условий и времени года. Нарушения мозгового кровообращения учащаются в период резких перепадов температур.

3. Артериальная гипертония.

Нередко непосредственная причина развития острых и хронических сосудистых заболеваний головного мозга — артериальная гипертония. При правильно подобранном лечении артериальной гипертонии риск развития инсульта снижается в 2 раза.

4. Заболевания сердца.

Всё, что ухудшает работу сердца, может привести к недостаточному поступлению в мозг кислорода и питательных веществ. Тем самым создаются предпосылки для развития ишемического инсульта.

Другая причина инсульта при заболеваниях сердца — тромбоэмболия. В этих случаях в полостях сердца образуются сгустки — тромбы. Они передвигаются с током крови и могут закупорить артерии мозга.

5. Сахарный диабет.

При этом заболевании страдают не только углеводный, но и жировой и белковый обмены, отмечаются аутоиммунные и гормональные сдвиги, изменяются реологические свойства крови, концентрация жизненно важных веществ в организме.Многообразные изменения сосудов головного мозга при сахарном диабете включают нарушения сосудистого тонуса (дистония), поражения сосудов различного калибра.

6. Курение.

Под влиянием никотина, окиси углерода и других веществ (всего в дыме содержится больше 3400 соединений) быстро наступают изменения в

составе крови. Повышается артериальное давление, увеличивается частота сердечных сокращений. Сердце курящего человека за сутки совершает на 12—15 тысяч сокращений больше, чем сердце некурящего. Такой неэкономичный режим работы сердца ведёт к его преждевременному изнашиванию. У курильщиков усиливается склонность к сердечным аритмиям, вплоть до фибрилляции предсердий, которая может стать причиной инсульта или внезапной смерти. Никотин может вызвать спазм сосудов, изменения в стенках артерий.

7. Нарушения липидного обмена.

О том, что липидный обмен нарушен, можно судить по содержанию холестерина в крови. Нормальный общий уровень холестерина — 5,2 ммоль/л (200 мг/дл) и ниже; пограничные цифры — 5,2—6,4 ммоль/л (200—239 мг/дл); высокий уровень (гиперхолестеринемия) — 6,5 ммоль/л (240 мг/дл) и выше. Нормальный уровень липопротеидов низкой плотности в зависимости от возраста составляет от 2 до 4—5 ммоль/л, липопротеидов высокой плотности — 0,9—1,9 ммоль/л, триглицеридов — 0,5—2,1 ммоль/л.

8. Ожирение.

Ожирение –это атеросклероз. В результате данного заболевания формируются атеросклеротические бляшки, которые ведут к закупорке мозгового сосуда и его ишемии.

9. Недостаточная физическая активность.

Гиподинамия приводите к ожирению и артериальной гипертензии.

10. Алкоголь.

Инсульты у людей молодого возраста нередко развиваются в состоянии опьянения. Систематическое употребление алкоголя повышает риск как кровоизлияний в мозг, так и инфарктов мозга. Алкоголь не непосредственно вызывает атеросклероз, а действует более сложным путём, способствует изменениям мелких сосудов, нарушает их проницаемость. Возникают проблемы с кровообращением во всех отделах мозга. В сосудах мозга и его оболочек застаивается кровь. Отмечается наклонность к тромбообразованию.

11. Эмоциональный стресс.

Под действием эмоционального стресса изменяются биохимический состав крови, содержание электролитов, возникает кислородное голодание сосудистой стенки с последующими её изменениями [5].

Разработка методики, организация и анализ практического исследования

Инсульт (ишемический и геморрагический) по сей день остается одной из главных причин смерти и инвалидности как в мире, так и в России. На сосудистые заболевания приходится более половины смертей, причем около пятой части из них настигает людей в трудоспособном возрасте. В России смертность от инсульта — одна из самых высоких в мире. На ее долю приходится 175 смертей на каждые 100 тысяч человек. По данным Национального регистра инсульта, 31 процент людей, перенесших эту болезнь, нуждаются в посторонней помощи, 20 процентов не могут самостоятельно ходить и лишь восемь процентов выживших больных могут

вернуться к прежней работе.

Несмотря на значительные достижения в науке и медицине, инсульт остается одной из важнейших медико-социальных проблем, занимая II место в структуре причин смертности населения от болезней системы кровообращения и I место среди всех причин инвалидизации.

Выявление и контроль факторов риска развития инсульта – это лучший способ его первичной профилактики. Между многими факторами существует взаимное влияние, поэтому их сочетание приводит к более значительному увеличению риска заболевания, чем простое арифметическое сложение их изолированного действия.

Практическая часть исследования выполнялась на базе ГУЗ СО Балаковская районная поликлиника г. Балаково. В качестве основной методики при проведении данного практического исследования было выбрано анкетирование. Анкета, использованная для проведения исследования, приведена в приложении 1.

Анкетирование проводилось среди посетителей поликлиники (для выявления факторов риска развития инфаркта мозга).

В ходе анкетирования было опрошено 50 чел, при этом опрос проводился среди лиц мужского и женского пола.

Возраст респондентов был от 40 до 85 лет, т.к. риск развития инфаркта мозга выше у людей в возрасте старше 40 лет.Каждый из вопросов анкеты был направлен на выяснение определенных особенностей респондентов и опрашиваемой аудитории в целом, поэтому внесение каждого вопроса в анкету имеет обоснование, имеет свои цели и задачи.

В результате проведенного исследования было выяснено, что основными факторами риска развития ишемического инсульта в возрастной группе от 40 до 85 лет являются наследственность, стрессовые ситуации, гиподинамия, артериальная гипертензия, сердечно-сосудистая патология и наличие хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Разработка рекомендаций по совершенствованию деятельности в области диагностики и профилактики инфаркта мозга среди населения

Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что проблемы наличия высоких рисков развития ишемического инсульта весьма актуальны и требуют решения. Для этого необходимо совершенствовать подходы к диагностике и профилактике инсульта. В этих целях можно предложить следующие рекомендации:

1.Системаически проводить лекции для пациентов страдающих сердечно-сосудистой патологией на базе школ здоровья ЛПУ.

2. Периодически проводить на базе лечебных учреждений лекции, конференции и пр. мероприятия по вопросам профилактики инсульта.

3. Разработать материалы, где в краткой форме будет представлена информация о принципах профилактики инфаркта мозга. Такие материалы целесообразно выполнить как в печатной, так и в электронной формах. Распространять данные материалы в лечебно- профилактических учреждениях города.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1740н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при ОНМК "
2. Справочник фельдшера — 3-е изд. /под редакцией Б. В. Кабарухина. — Ростов н/Д: «Феникс», серия «Медицина для вас», 214. — 736 стр.
3. Коллинз Р. Д. Диагностика нервных болезней. — «Медицина», 2006. — С. 240.
4. Острые нарушения мозгового кровообращения: Руководство. -- 3-е изд., перераб. и доп.-- Трошин В. Д., Густов А. В.: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 — 432 стр.
5.Фадеев, П. А. Инсульт / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2013. - 160 с.
6.Калашникова, Л. А. Диссекция артерий головного мозга. Ишемический инсульт и другие клинические проявления / Л.А. Калашникова, Л.А. Добрынина. - М.: ВАКО, 2013. - 206 с.
7.Инсульт. Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2014. - 400 с.
8. Гусев Е.И. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание. ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 688с.

Приложение 1

Анкета

Уважаемый пациент, ответьте на ряд несложных вопросов.

Цель работы – изучить факторы риска пациентов с инфарктом мозга.

1. Ваш пол?
a) муж
b) жен
2. Ваш возраст?
_____
3. Вы курите?
a) да
b) нет
4. Употребляете ли Вы алкоголь?
a) да
b) нет
c) умеренно
5. Был ли в Вашей семье инсульт?
a) да
b) нет
6. Были ли у Вас когда-либо сердечные приступы, шунтирование или ангиопластика сосудов?
a) да
b) нет
7. Стоите ли Вы на учете по поводу сахарного диабета?
a) да
b) нет
8. У Вас высокий холестерин?
a) да
b) нет

9. Вы принимаете лекарства от высокого давления?
a) да
b) нет
10. Принимаете ли Вы инсулин?
a) да
b) нет
11. Было ли у Вас нарушение кровообращения в нижних конечностях?
a) да
b) нет
12. Говорил ли Вам доктор, что у Вас нарушение проходимости в шейных артериях?
a) да
b) нет
13. Был ли у Вас ранее инсульт или транзиторная ишемическая атака?
a) да
b) нет
14. Переносили ли Вы инфаркт миокарда?
a) да
b) нет
15. Вас когда-нибудь тревожила слабость в конечностях, не связанная с физической или психической нагрузкой?
a) да
b) нет
16. Было ли у Вас онемение в конечностях?
a) да
b) нет
17. Был ли у Вас паралич в конечностях?
a) да
b) нет
18. Затруднение речи/произношения?
a) да
b) нет
19. Тревожила ли Вас сильная головная боль, не связанная с другими причинами?
a) да
b) нет
20. Вы падали, теряли равновесие, что не было связанно с другими причинами?
a) да
b) нет
21. Принимаете ли Вы оральные контрацептивы?
a) да
b) нет
22. Занимаетесь ли вы спортом?
a) да
b) нет
23.Ваш вес?
a) до 60 кг
b) 60-80 кг
c) 80 кг и больше
24. Часто ли Вы переживаете стрессовые ситуации?
a) да
b) нет
25. Любите ли Вы жареное/жирное/соленое?

a) да
b) нет

26. Было ли у Вас когда-нибудь внезапное головокружение?
a) да
b) нет

27. Проявлялось ли у Вас ухудшение зрения одного или обоих глаз, двоение в глазах?
a) да
b) нет

28. Социальное положение?
a) работающий, служащий
b) безработный
c) студент
d) школьник
e) пенсионер не работающий
f) пенсионер работающий
g) инвалид

29. Влияет ли на Ваше самочувствие перемена погоды?
a) да
b) нет

30. Сколько часов вы спите?
a) 2-3 часа
b) 6-8 часов
c) 8-10 часов

31. Беспокоит ли Вас боль в области сердца, как часто?
a) иногда
b) постоянно
c) часто
d) не беспокоит

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА РУССКИЙ ЯЗЫК

Ивлева Н.А., Дятлова А.А.
студентки 1 курса
научный руководитель
Емельянова Н.А.,
преподаватель,
ГБПОУ «Бузулукский медицинский колледж», г. Бузулук.

Русский язык является одним из самых сложных и одновременно богатых языков в мире. Лексика русского языка пополняется практически каждый год. Вспомним петровскую эпоху, когда значительное обогащение языка произошло из-за политических и исторических событий. Заимствования, сейчас являющиеся уже обыкновением в нашей речи, приходили из английского, немецкого, итальянского и французского языков (в основном обогатилась речь чиновников и военных). Речь современного человека также пополняется при помощи неологизмов, но теперь это происходит намного проще. Одним из методов влияния на язык и средством обогащения речи становятся социальные сети.

Интернет платформы – это средства коммуникации. В Интернет-общении проявляется своя специфика, которая существует из-за возникновения потребности передачи больших объемов информации в условиях быстрой коммуникации. Такие условия обусловливают возникновение новых форм слов в языке (сленг). Сленг социальных сетей – это жаргон, используемый при общении на просторах Интернет-платформ. И мы можем смело утверждать, что интернет-язык – это новая форма русского языка.

Ежедневно язык социальных сетей проникает в нашу обыденную жизнь. В результате поиска ответов на вопросы, связанных с положительным и негативным влиянием Интернет-сленга на современный русский язык, возникла данная работа.

Интернет-общение в современной реалии – это безграничный источник информации, который обеспечивает быстроту и доступность связи между пользователями. В настоящее время социальные сети обладают наиболее удобными и приемлемыми техническими средствами для реализации потребностей человека в Интернет-коммуникации.

В Интернете нет своих правил и, тем более, норм русского языка, что безусловно устраивает молодежь и школьников. В сети каждый из них пытается различным способом проявить себя (речь входит в один из пунктов). Специфика Интернет-общения выявляется в том, что социальные сети являются средством коммуникации и методом «серфинга». Сейчас все чаще мы видим людей, которые больше времени проводят в гаджетах, нежели поддерживая личное общение. Общение в интернете является простым, ненавязчивым. Важным фактором является и то, что в социальных сетях не имеет значение расстояния между объектами коммуникации. Многие педагоги, а также просто негативно настроенные к социальным сетям люди утверждают, что социальные сети уничтожают литературный русский язык. Во время реального общения информация подкрепляется интонацией, чувствами. Общение виртуальное же не использует такие возможности, но видоизменяет их при помощи значков и смайлов. С течением времени этот метод общения играет злую шутку, т.к. у человека возникают сложности общения «вживую». Можно много говорить о причинах обращения людей к социальным сетям. Одной из основных является недостаточное внимание к личности в реальном мире. Если бы коммуникативные процессы в реальности удовлетворяли человека, то не существовала бы необходимость обращения к социальным сетям. Важным фактом, который становится преимущественным, является анонимность. Однако именно анонимность ведет к свободе мысли и слова среди пользователей социальных сетей. Люди, активно прибегающие к Интернет-коммуникации, лишают себя вербальных средств языка – тембра и дикции, а также невербальных – мимики и жестов. В социальных сетях компенсирование данного факта определяется визуальными реакциями. В социальных сетях такие методы заменяются визуальными способами, например, смайлами. Но стоит помнить, что это все же лишь замена. В

настоящее время смайлы и графические обозначения заявляют лишь об эмоциональной подоплеке текста, т.е. об отношении автора к высказыванию.

Новые слова, активно пополняющие нашу речь сегодня, носят очень неравномерный характер. Самым популярным источником образований слов сейчас являются Интернет-платформы. В своей основе словообразование включает в себя заимствования или так называемое калькирование из иностранных языков. Основным языком, из которого в нашу речь сейчас приходят новые слова, является английский.

Наиболее целесообразными средствами являются словосложение, суффиксация, префиксация, и другие обычные способы.

а) Суффиксы, используемые для образования наименований лиц, становятся маркерами программных. Например, суффикс - ер: браузер, мейлер.

б) Использование исконных корней и суффикса –к. Таким образом «программа для перелистывания страниц» становится «листалкой».

в) Создание переносных значений слов при помощи компрессионного словообразования. Например, жаргонизм жуЖЖать (сделать запись в Живом Журнале)

Вместе с заимствованием и калькированием свое развитие находят и исконно русские слова. Например, слово «страница» становится синонимом к слову «сайт». Одним из популярных способов приобщения англоязычных слов русским человеком становится аббревиация. Аббревиация – это своеобразное кодирование информации на интернет-платформе. Среди аббревиатур выделяют: а) производные фразы (HTH - англ. hopethis, LOL – англ. Lot Of Laught) , б) языковой сленг (10X - англ. Thanks – спасибо), в) графические обозначения (@TEOTD - англ. AtTheEndOfTheDay – в конце дня. Говоря в общем, мы отмечаем, что новые образования слов в русском языке относятся к непривычным и необычным лексическим явлениям и обладают своей выразительностью.

Исследование показало, что, во-первых, общение в интернете, которое является бессознательным и непринужденным, оказывает на речь современного человека отрицательное влияние, так как люди привыкают к неправильной речи и начинают использовать сленговые выражения повсеместно. Во-вторых, язык наполняется «сорняками» в виде иноязычных слов и нецензурной лексики. Пользователи стремятся в виртуальном пространстве по-новому представить себя, в том числе и через речь, активно используют знаки для выражения эмоций. Мы считаем, что безграмотность в современном информационном обществе не должна быть нормой. Когда человек говорит и пишет правильно, это характеризует его как умного, развитого, интеллигентного современного гражданина.

Все эти наблюдения позволяют сделать вывод о том, что интернет-общение отрицательно влияет на современный русский литературный язык.

Литература

1.Копыл В.И. «Общение в Интернете». АСТ, 2005.
2. Кронгауз М. Новый русский: коллективное остроумие//Ведомости, 2006

3. Кронгауз М. Русский язык на грани нервного срыва //
http://lib.rus.ec/b/150412/read
4. Белкин И., Амзин А. Полный превед //
http:lenta.ru/articles/2006/02/28/preved/
5. Розенталь Д. Э., Голуб И. Б., Теленкова М. А. Современный русский язык. М.: Айрис- Пресс, 2002.
6. Буторина Е. А. Интернет как лингвистический феномен //
http://www.gramota.ru/ 2007.
7. Подлесная О. О чем кричит Интернет // Московские новости № 43/2006.
8. Трофимова Г. Н. Языковой вкус интернет-эпохи в России: Функционирование русского языка в Интернете: концептуально-сущностные доминанты.

Список используемых сайтов.

1. www.vkontakte.ru
2. www.liveinternet.ru
3. www.mail.ru
4. www.odnoklassniki.ru
5. www.rambler.ru
6. www.facebook.ru

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ДОНОРА

Капранова И.Н.,
обучающаяся 3 курса
научный руководитель
Костина И.А.,
преподаватель,
Кузнецкий филиал ГБОУ ПО «ПОМК», г. Кузнецк

Вместо предисловия…

…..Меня зовут Ксения, мне 9 лет. Я болею 2 месяца, мой организм делает одни белые клетки крови вместо красных и поэтому я вся бледная. Мама говорит – голубая. Раз в неделю мне переливают кровь, чтоб мне стало легче. Я знаю, что кровь мне сдает какой-то врач, что она - почетный донор. Сколько детей она уже спасла! Я хочу, чтоб она никогда не болела! ……..

Ксения, 9 лет

……Я – Александр, мне 16 лет. Когда я заболел, оказалось, что мне срочно нужна кровь 4 группы. Мама даже не знала, где можно найти такую кровь. Родственники посоветовали подать объявление на телевидение. В тот же вечер позвонили и согласились сдать кровь на следующий день. Я рад, что есть хорошие люди, которые могут помочь……

Александр, 16 лет

……Я не знаю, как тебя зовут, сколько тебе лет и кем ты работаешь. Но я точно знаю, что ты – хороший человек, ведь твоя кровь спасла мне жизнь! После переливании крови мне стало лучше и теперь я могу ходить. Не каждый человек может сдать кровь. Кто-то боится вида больницы, кому-то не позволяет здоровье, кто-то имеет вредные привычки, но человек, осмелившийся сдать кровь, достоин уважения…….

Большое спасибо от Гульназ [4]

Проблема дефицита донорской крови является одной из значимых медико- социальных проблем в России.

Сегодня необходимо, чтобы на каждые тысячу человек в стране приходилось 40 доноров, в то время, как средний показатель по России составляет 13 человек на 1000 населения. Это в 3 раза ниже соответствующего параметра в Европе. При этом переливание крови нужно не менее чем 1,5 миллионам россиян ежегодно [3, с.5].

К сожалению, на определенном этапе развития донорства в России, практически полное отсутствие социальной рекламы, целенаправленной пропаганды донорского движения, отмена большинства льгот привели к снижению донорской активности населения страны. По статистике сегодня в России не хотят быть донорами 65 % россиян [1, с.7].

Таким образом, чтобы разработать политику по пропаганде донорства, целесообразно изучить основной донорский контингент и контингент потенциальных доноров, то есть составить социальный портрет донора [2, с.13].

В связи с этим, цель исследования: изучить социальный портрет донора для разработки рекомендаций по пропаганде донорства.

Выдвинута гипотеза о том, что социальный портрет потенциального и активного доноров имеет различия.

В ходе исследованияпроведен социологический опрос активных и потенциальных доноров с целью составления социального портрета донора. Представлялось интересным, прежде всего, составление социального портрета потенциальных доноров, которые приходят на смену лицам, по каким-либо причинам переставшим сдавать кровь и ее компоненты. Эти люди являются резервом донорского движения и в определенной степени позволяют определить перспективы его развития. К числу этих доноров отнесены и лица, которые хотя – бы однажды сдавали кровь, так называемые первичные доноры.

С целью установления социально – демографических особенностей потенциальных доноров проведено анонимное анкетирование 50 человек.

Аналогичное анкетирование проведено и среди активных доноров крови (их количество составило так – же 50 человек). Помощь в поиске активных доноров оказал кабинет трансфузиологии ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница». Социологический опрос проводился в течение 10 месяцев.

Весьма любопытно выглядит распределение разных подгрупп респондентов по признаку пола – как среди активных, так и потенциальных доноров, в сдаче крови больше заинтересованы лица женского пола.

Возрастная структура тех, кто неоднократно участвовал в сдаче крови и является активным донором – это респонденты в возрастной категории от 26 до 35лет. В группе потенциальных доноров – от 18 до 25 лет.

Наибольшее количество респондентов, как среди активных, так и потенциальных доноров имеют среднее специальное образование. Следовательно, существуетнеобходимость привлечения к донорству лиц с более высокимобразовательным цензом, активизировать пропагандистскую

работу среди студентов, делать акцент на продолжение участия в донорстве по окончании учебы.

По социальному статусу основная масса доноров – это рабочие ислужащие различных предприятий и организаций (64% потенциальных и 74%активных доноров).

Сопоставление мнений представителей разных подгрупп по поводу актуальности проблемы нехватки донорской крови показывает, что активные доноры заметно чаще отмечают нехватку донорской крови (80% против 60% среди потенциальных доноров).

Мотивы участия в донорстве – пожалуй, ключевой момент в понимании того, что отличает людей, оппозиционирующих себя, как активные доноры.

По итогам опроса была проведен анализ мотивов, с целью определить наиболее значимые из них. На первое место с большим отрывом вышла позиция «желание помочь больному», она составила 56% (28 человек).

Среди других мотивов чаще можно отметить стремлениепомочь близкому, нуждающемуся в крови или ее компонентах – 26% (13 человек).

Третьей по частоте упоминания оказалась позиция «другое», которая предполагала, что респондент сам формулирует причину, по которой он решил стать донором. В качестве иллюстрации можно привести примеры случаев, когда респондент в позиции «другое» указывал: «надо было помочь знакомым»; «помогать друзьям»; «просили на работе»; желание реализовать «мечту детства»; надежда с помощью донорства «обновить организм»

Для потенциальных доноров вопрос звучал так: «Причины неучастия в донорстве». На первое место по частоте выбора вышел вариант ответа «не могу сдавать кровь по медицинским показаниям» (36% - 18 человек). Несмотря на, казалось бы, очевидность этой позиции, ее нельзя интерпретировать однозначно. Из многочисленных исследований хорошо известно, что, когда изучаются причины, по которым люди не совершают тех или иных социально одобряемых поступков, оказывается, что многие респонденты избегают называть реальные мотивы своего поведения, заменяя их так называемыми «уважительными причинами».

Так же респонденты выбирали варианты ответов: «никогда не задумывался об этом»; «не знал, что моя кровь может быть полезна другому человеку»; «не знаю, где и как я могу это сделать».

Нужно отметить, что респонденты, отвечая на вопрос о причинах неучастия в сдаче крови, нередко так же выбирали позицию «другое» и давали свои пояснения («болела желтухой»; «большой недостаток веса»; «у самой проблемы с кровью»; «не пришлось»; «не звали»).

Следующий вопрос касался уровня информированности респондентов обо всем, что связано с донорством (местах расположения пунктов переливания крови, мерах государственногостимулирования донорства). Хорошо осведомлены о мерах государственного стимулирования донорства лишь активные доноры (37 респондентов против 9 потенциальных доноров).

Что касается источников информации, то, по мнению как активных, так и потенциальных доноров, наибольшее количество информации получено

посредством телевидения (68% и 62% респондентов соответственно).

На последний вопрос: «Должно ли полагаться какое – либо вознаграждение донорам за сданную кровь?» мнение респондентов полностью разделилось. Большинство активных доноров выступили за оплату актов сдачи крови (78%); потенциальные доноры выступили за безвозмездное донорство (64%).

Таким образом, в результате проделанной работы можно попытаться нарисовать социальный портрет активных доноров на основании характеристик этой группы, полученных в результате проведенного исследования.

Он будет выглядеть приблизительно следующим образом.Типичный активный донор – это молодая (от 26 до 35 лет) женщина с образованием не ниже среднего специального. По роду занятий, чаще всего, молодой рабочий. В социальном плане эту группу отличает активная гражданская и жизненная позиция, готовность к деятельной помощи. Активные доноры, как уже отмечалось, чаще, чем представители других групп опрошенных, считают актуальной проблему нехватки донорской крови. Ведущими мотивами участия в донорстве для них являются желание помочь больному, нуждающемуся в крови и ее компонентах. В информационном плане эта группа несколько более активна по сравнению с другими респондентами, по крайней мере, в отношении того, что связано с темой донорства, например уровень информированности активных доноров о мерах государственного стимулирования донорства высок. Наиболее предпочитаемым источником информации по теме для доноров является телевидение, распространены также интернет, печатная пресса.

Однако безвозмездному донорству предпочитающий, все – же, материальные блага, и это, несомненно, является минусом.

Социальный портрет потенциального донора во многом чрезвычайно близок к составленному портрету активного донора. Можно сказать, что это и есть тот, кто никогда не был донором. Это молодая (до 25 лет) женщина с образованием не ниже среднего специального. По роду занятий, чаще всего, молодой рабочий или студент. Среди причин, мешающих стать донорами отмечает медицинские противопоказания. Многие не становятся донорами просто потому, что им это не приходит в голову, или потому, что не знают, куда можно обратиться с таким намерением. Наиболее востребованным и эффективным, по их оценке, информационным каналом является телевидение. Интересен тот факт, что именно среди потенциальных доноров оказалась наиболее распространена идея о том, что донорство – «это бескорыстное дело», донорам не должно полагаться вознаграждения за сданную кровь.

В результате, цель работы достигнута – изучен социальный портрет донора.

Гипотеза подтверждена. Действительно, социальный портрет потенциального и активного доноров имеет различия.

Таким образом, необходимо акцентировать внимание на потенциальных

доноров и сделать акцент на привлечение в доноры молодежь, в том числе студентов, имеющих лучшие показатели здоровья, высокую социальную активность, готовых сдавать кровь и ее компоненты из альтруистических побуждений.

В связи с этим, разработаны ряд рекомендаций по пропаганде донорства:

- повышать уровень информированности населения и грамотности в вопросах о необходимости донорства крови в нашем регионе, поскольку вопрос о донорстве реализуется в рамках над проектом о формировании здорового образа жизни;
- увеличивать число активных добровольных доноров;
- наряду с традиционными методами агитации и пропаганды донорства, разработать новые формы развития массового донорства. Например, создание лозунгов, реклам на улицах города; распространение листовок.

Литература

1. Афонин Н.И. Донорство крови: трудности и решения // Вестник службы крови России. – 2014. – №2. – С.7-9.
2.Ренева Л.В. Мониторинг донорских кадров – основной способ изучения социального портрета доноров // Вестник службы крови России. – 2012. - №3. – С.13-17.
3. Селиванов Е.А. Современные проблемы донорства в Российской Федерации // Вестник службы крови России. – 2014. – №1. – С.5-14.
4.http://www.yadonor.ru

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ ГОРОДА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Климова К.М.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Петрова Л.А.,
преподаватель Филиала «НМК»
ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной» г.Самара

Здоровье является важнейшей ценностью и одним из основополагающих прав человека, а охрана здоровья - особой задачей как государства и общества в целом, так и каждого конкретного индивидуума. Особенно значимой представляется охрана здоровья подростков и молодежи, так как от этого напрямую зависят социальный, трудовой, репродуктивный и экономический потенциал страны, её национальная безопасность.

Известно, что создание образовательных программ для студентов и учащихся старше 15 лет является эффективным направлением повышения качества репродуктивного здоровья, так как позволяет корректировать их сексуальное и репродуктивное поведение, а также снизить риск абортов и

ИППП.

Чтобы беременность наступала в здоровой репродуктивной системе, начинать заботиться о её сохранности следует ещё до начала половой жизни.

О*бъект исследования*: репродуктивное поведение студентов колледжей города.

Целью исследования стало улучшение репродуктивного здоровья студенток колледжа. Чтобы достичь поставленной цели необходимо было решить следующие *задачи:* изучить особенности образа жизни, уровень полового воспитания и репродуктивного образования; выявить особенности сексуального и контрацептивного поведения; сформировать концепцию риска нарушений репродуктивного поведения студенток колледжей в современных условиях, определить медико-социальные детерминанты его нарушений и разработать комплекс мероприятий по профилактике и коррекции нарушений репродуктивного поведения.

Настоящее исследование проводилось на базах трех колледжей города. Для решения задач исследования было проведено анонимное анкетирование 76 студенток. Средний возраст респонденток составил 18-25 лет.

Около четверти (26,7%) сексуально активных студенток имели нулевой уровень информированности о гормональной контрацепции. Анализ мнения о безопасных контрацептивах выявил, что самым безопасным девушки считают презерватив (60,9%). Вдвое меньше опрошенных (29,0%) доверяют КОК.

В результате исследования установлено, что средний возраст менархе в изучаемой когорте составил 13 лет.

Средний возраст сексуального дебюта обследованных студенток составил 17лет, что несколько выше по сравнению с результатами отечественных исследований (Семятов С.М., 2009; Кузнецова Ю.Н., 2013), равно как и выше среднеевропейского уровня (ВОЗ, 2014), где доля начавших половую жизнь в 15 лет колеблется между 12% и 40% (в исследовании - 9,2%).

Возраст коитархе отличался на различных отделениях колледжей. Так, удельный вес девушек, начавших половую жизнь до 15 лет, был максимальным у студенток нефтехимического колледжа (23,1%) и гуманитарного колледжа (21,4%), в то время как сексуальный дебют после 18 лет оказался характерен для студенток медицинского колледжа (34,0%). Доля лиц, считающих оптимальным для начала половой жизни возраст после достижения совершеннолетия, среди virgo оказалась в 2,5 раза больше по сравнению с сексуально активными (82,8% против 33,6%).

Подавляющее большинство сексуально активных девушек были не замужем (93,7%). Каждая десятая (9,1%) сексуально активная студентка начала жить половой жизнью «неожиданно, случайно». Анализ семейного положения сексуально активных раскрывает отношение современных девушек к институту семьи и брака. Лишь 6,3% студенток состояли в браке, 7,1 % – были «замужем, но брак не зарегистрирован».

Для 74,7% сексуально активных респонденток внебрачные половые

контакты оказались приемлемыми, из них 27,1% указали, что относятся к ним положительно. Студентки, не живущие половой жизнью, в 60,9% наблюдениях выразили отрицательное отношение к внебрачным половым контактам, что в 2,4 превысило аналогичный показатель среди сексуально активных (25,3%).

Анализ количества половых партнеров у сексуально активных студенток показал, что большинство из них имело одного полового партнера. На наличие «не больше двух половых партнеров» указали 6,5% студенток, «три и более» половых партнера имели 1,7% опрошенных.

Оценена приемлемость промискуитета у лиц, живущих и не живущих половой жизнью, в сравнении с фактическим количеством половых партнёров. Выявлено, что virgo в подавляющем большинстве случаев ориентированы на моногамные отношения (94,5% против 79,7%). Доля сексуально активных респондеток, для которых приемлемы два и более половых партнёра, составила 20,3%, это в 2,2 раза больше фактической частоты промискуитета в обследованном контингенте и в 3,6 раза больше приемлемости промискуитета в группе virgo.

При анализе контрацептивного поведения сексуально активных студенток обнаружено, что постоянно предохраняются от наступления беременности лишь 65,9%, более трети (34,1%) используют контрацепцию нерегулярно.

Изучены методы, используемые студентками для регулярной контрацепции. Самым популярным оказался презерватив (76,3%), за ним следовали прерванный половой акт (25,4%), КОК (17,1%), календарный метод (4,6%), спермициды (2,9%). Не применяли никакого средства в качестве регулярной контрацепции 3,8%. Следует подчеркнуть, что 9,2% респонденток практиковали «голландский дубль».

В настоящем исследовании доказано, что возраст коитархе и количество половых партнёров достоверное влияют на частоту развития воспалительных заболеваний у студенток изучаемой когорты. При анализе распространённости перенесенных ранее ВЗОМТ выявлено, что 13,4% девушек исследуемой группы перенесли хотя бы одну ИППП в течение жизни. В структуре перенесенных заболеваний первое место принадлежит хламидийной инфекции - 29,4% респонденток, трихомониаз занимает 24,1% структуры ИППП, перенесенных девушками, гонорея была диагностирована в 15,7% случаев, генитальный герпес 3,9%. В структуре вирусного инфекционного анамнеза также выделены бактериальный вагиноз (24,0%) и гепатит В (2,9%).

Проведённый анализ показал, что репродуктивное поведение характеризуется следующими факторами: степенью информированности студенток по вопросам сексуального поведения, контрацепции, ИППП, профессионализмом и качеством источников данной информации, репродуктивными установками, сексуальным и контрацептивным поведением.

В результате анализа обследуемый контингент был разделен на два

эмпирических типа репродуктивного поведения: репродуктивное поведение низкого и высокого инфекционного риска.

Таким образом, раннее коитархе, полигамные отношения, изолированное использование КОК, низкий уровень информированности по вопросам репродуктивного поведения, непрофессиональные источники этой информации предопределяют формирование рискованного репродуктивного поведения, которое, в свою очередь, является детерминантой репродуктивного здоровья девушек-студенток.

Выявленные особенности репродуктивного поведения студенток колледжей и предикторы, определяющие разделение на типы репродуктивного поведения, позволили сформировать основные направления медико-организационных мероприятий по коррекции и профилактике нарушений репродуктивного поведения. Составляющими репродуктивного поведения являются исходный уровень информированности студенток по вопросам репродуктивного здоровья и поведения, наличие приверженности к здоровому образу жизни, сексуальное и контрацептивное поведение. Для комплексной коррекции и профилактики нарушений мероприятия по оптимизации репродуктивного поведения должны быть направлены на каждый его компонент.

Нами выделено три уровня профилактической и коррекционной работы со студентками: индивидуальное консультирование акушером-гинекологом по вопросам репродуктивного образования, контрацепции и образа жизни; групповая работа, включающая в себя интерактивные лекции для групп учащихся, факультативные курсы, образовательные программы в рамках получения среднего профессионального образования; когортное информирование, включающее в себя проведение тематических вебинаров, использование методических пособий и вебстраницы, посвященной репродуктивному здоровью.

В результате исследования был разработан алгоритм коррекции и профилактики нарушений репродуктивного поведения, позволяющий отнести респондентку к одному из двух эмпирических типов рискованного репродуктивного поведения (низкого или высокого инфекционного риска).

Респондентка, отнесённая к репродуктивному поведению высокого инфекционного риска (с ранним сексуальным дебютом, имеющая более одного полового партнёра, отказывающаяся от барьерных методов контрацепции), требует прежде всего коррекции нарушений сексуального поведения и адекватного информирования о вероятности развития ИППП и дальнейших неблагоприятных репродуктивных последствиях. Обязательным у данного контингента является обследование и лечение.

Профилактическая и коррекционная работа с группами студенток включает в себя интерактивные лекции для студенток с обязательной обратной связью, обучающие курсы в рамках программ, реализуемых в стенах общеобразовательных учреждений. Внедрение в учебный процесс колледжей информационно-образовательной программы «Основы репродуктивного здоровья», включающей в себя анатомо-физиологический

блок, блок основ безопасного репродуктивного поведения, контрацептивную информацию, проведение лекций должны проводится в интерактивной форме. Подобная форма представления материала будет активизировать внимание, улучшать усвоение программы студентками.

Когортная информационная работа призвана охватывать весь массив учащейся молодежи, для чего должны проводится тематические вебинары, разрабатываться методические пособия для студенток и учащейся молодежи с учетом предстоящего материнства, составляться рекомендации по подбору контрацепции.

В соответствии с выделенным детерминантами и факторами риска немаловажной представляется работа по популяризации традиционных семейных ценностей, половой жизни в браке, профилактике раннего начала половой жизни, работа с семьями, пропаганда здорового образа жизни среди студенток, отказ от вредных привычек – фактора риска нарушений репродуктивного поведения, повышение уровня гигиенической культуры, освоение гигиенических и оздоровительных навыков.

Подводя итог проведённому исследованию, можно заключить, что студентки колледжей характеризуются низким уровнем информированности по вопросам репродуктивного здоровья и основам репродуктивного поведения, неблагоприятным для здоровья образом жизни, приверженностью внебрачным половым контактам, нерегулярной и низкоэффективной контрацепцией, что предопределяет формирование рискованного репродуктивного поведения у сексуально-активных студенток. Мероприятия по профилактике и коррекции нарушений репродуктивного поведения должны включать в себя индивидуальную, групповую и когортную информационную-образовательную работу со студентками колледжей.

Литература

1. Алексеева Е.Г. Оценка эффективности массовых коммуникаций как популяционной стратегии медицинской профилактики рискованного сексуального поведения подростков и молодежи / Е.Г. Алексеева. - М.: Эксмо, 2014. - С. 10-13.
2. Радзинский, В.Е. Репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин, М.П. Архипова // Statuspraesens. 2014, №6. - С.133.
3. Хамошина М.Б., Пустотина О.А., Руднева О.Д. Репродуктивное здоровье подростков и молодежи: демографический потенциал России // StatusPraesens, 2013, №5.- С.87.

РОЛЬ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В УЧЕБНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Костюкова К.А
обучающаяся 3 курса
научные руководители
Гладилина О.А., Орлова Н.Н.,
преподаватели Филиала «НМК»,
ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной», г. Новокуйбышевск

В наше время владение иностранными языками – крайне важное умение, и с этим трудно спорить. Знание языков помогает укреплять дружбу и взаимопонимание между людьми. Владение иностранным языком - это не просто дань моде, а возможность быть полноправным представителем мирового сообщества.

Знание иностранного языка сегодня уже не является преимуществом или просто ценным качеством - оно стало необходимостью, которая говорит об образованности человека, подчеркивая такие качества, как современность, открытость, целеустремленность [5, с. 55].

Медицина, как одна из важнейших специальностей, требует знание языка международного общения. В будущей профессии необходимо приобретение умений и навыков чтения, понимания медицинской литературы на английском языке.

Сейчас уделяется большое внимание изучению и освоению английского языка, в целях познания коммуникативных действий в профессиональных условиях, например, в больнице или аптеке. Квалифицированная медицинская сестра - одна из самых ответственных, гуманных и уважаемых профессий. Медики берут на себя ответственность за здоровье и жизнь человека, поэтому специалистам в области медицины, как никому другому, необходимо "идти в ногу со временем".

Цель учебно-исследовательской работы – изучить роль иностранного языка в учебной и профессиональной деятельности медицинского работника.

*Объект*исследования: иностранный язык в учебной и профессиональной деятельности медицинского работника.

Предмет исследования: отношение студентов к изучению иностранного языка в медицинском колледже.

Методы исследования:

- анкетирование студентов;
- аналитические и статистические методы исследования проблемы;
- анализ полученных результатов.

Практическая значимость данной работы определяется описанием роли и места иностранного языка в обучении специалиста неязыкового колледжа, в частности медицинского работника. Собственное исследование позволило сделать выводы об отношении студентов к изучению иностранного языка в медицинском колледже.

Изучение иностранного языка в неязыковом колледже рассматривается как обязательный компонент профессиональной подготовки специалиста.

Современная концепция языкового образования в неязыковом колледже предполагает создание такой системы подготовки специалиста, которая позволит ему легко адаптироваться к динамично изменяющимся условиям профессиональной деятельности, т.е. нацелена на профессионально-ориентированное обучение иностранному языку.

Что же собойпредставляетпрофессионально – ориентированное обучение?

Оно предполагает сочетание овладения профессионально-ориентированным иностранным языком с развитием личностных качеств обучающихся, знанием культуры страны изучаемого языка и приобретением специальных навыков, основанных на профессиональных и лингвистических знаниях [2, с. 25].

В настоящее время ставится задача не только овладения навыками общения на иностранном языке, но и приобретения специальных знаний по специальности.

Помимо всего этого, знания иностранного языка важно и в общении с пациентами. Существует немало инцидентов, когда иностранному пациенту не смогли оказать необходимое лечение только потому, что медицинский персонал не смог понять, в чем причина недомогания больного, из-за незнания иностранного языка и вследствие этого невозможностью нормального общения с ним.

Великий русский врач С.П. Боткин сказал еще в 19в: "Знание современных языков играет важную роль в интеллектуальном и человеческом обогащении специалистов-медиков". " Knowledge of modern languages plays an important role in the intellectual and human enrichment of medical specialists"[4, с. 16].

Основная цель обучения иностранному языку в медицинском колледже является практическое использование иностранного языка "в качестве средства профессионального общения, информационной деятельности и дальнейшего самообразования"[6, с. 36].

Сегодня, когда на рынке медикаментов преобладают импортные лекарства, в медицинские учреждения поставляются в основном, импортное оборудование, когда многие соотечественники ездят лечиться за границу и им требуются выписки из истории болезни на иностранном языке, проблемамедицинского перевода особенно насущна. Любая ошибка в медицинском переводе может стоить пациенту здоровья и даже жизни.

Для медицинских работников со знанием английского языка открываются широкие перспективы - это участие в программах международного сотрудничества, конференциях, форумах, это возможность работать в престижных интернациональных медицинских и фармацевтических компаниях. И самая главная перспектива - быть востребованным, высококвалифицированным и уважаемым специалистом.

Таким образом, перечисленные требования социума к подготовке

медицинских работников среднего звена предусматривают овладение ими английским языком на качественно ином уровне, что, в свою очередь, требует использования в образовательном процессе медицинского колледжа инновационных методов и средств обучения[3, с. 45].

Использование в образовательном пространстве медицинского колледжа при изучении английского языка совокупности методов активного обучения, таких, как дискуссионный, ролевые игры и метод проектов, способствует повышению качества подготовки компетентного медицинского работника, востребованного на современном рынке труда [1, с. 37].

Принцип ситуативности является ведущим и указывает на необходимость организации обучения в естественных для общения условиях.

Особенностью моделирования профессионально-ориентированных ситуаций является то, что преподавателям необходимо создавать такие учебные ситуации, которые имеют профессиональное значение для студентов и соответствуют их профессиональным потребностям, при этом также позволяют раскрыть и реализовать иноязычную компетентность, которая необходима в деятельности будущих специалистов здравоохранения[2, с. 26].

Имеется в виду их умение вести беседу, предоставлять исчерпывающую информацию, выяснить и уточнить данные, оказать помощь, предложить помощь, решить определенные насущные бытовые ситуации и т. д. Например, для будущего работника больницы подготовить такие ситуации «В приемном отделении», «На приеме у врача», «У стоматолога», «В регистратуре» и другие.

Для достижения цели исследования нами было проведено анкетирование среди студентов Филиала «Новокуйбышевский медицинский колледж» ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной», чтобы узнать их отношение к изучению иностранного языка в медицинском колледже. В данном опросе приняло участие 186 студентов. Большинство респондентов (97 %) изучают английский язык, 0% – немецкий, французский – 3%, испанский – 0%, другие языки –0 %.

Большая часть респондентов изучает иностранный язык с начальной школы (68%) и только 32% - менее чем десять лет. Текущая оценка по иностранному языку, в основном, «хорошо» (50%), на «отлично» учатся 19%, отметку «удовлетворительно» имеют 31% опрошенных.

Знание иностранных языков используют в основном в интернете – 47%, при чтении иноязычной литературы – 18%, при просмотре кинофильмов на иностранном языке – 24%, при общении с иностранцами – 8%, нигде не используют 3% респондентов.

Многие респонденты (48%) отметили, что знание дополнительных языков помогает освоению новых дисциплин. 35% опрошенных считают, что изучение иностранного языка позволяет получать новую информацию из иноязычных источников (сайты, книги, фильмы, пособия и т.д.). Ничем не помогает изучение иностранных языков - 12%, и 5% считает, что изучение иностранных языков отнимает время от изучения основных предметов.

Среди дисциплин, в которых используются знания иностранного языка, названы анатомия– 9%, латинский язык (изучение новых слов и грамматики) – 59%, фармакология (составление и чтение рецептов) – 32%.

Большая часть (61%) считает, что знание иностранных языков необходимо для будущей профессии. Это позволяет узнавать о новых событиях в медицинской сфере через иноязычные источники. 10% отметили, что это позволит общаться с иностранными коллегами и обмениваться и ними опытом, 28% предполагают, что, возможно, будут иметь дело с иностранными пациентами, которые не знают русского языка. И лишь 1% опрошенных людей считает, что иностранный язык в будущей профессии не нужен.

После проведенного исследования можно с уверенностью сказать, что студенты медицинского колледжа понимают важность знания иностранных языков в будущей профессии. И изучают иностранные языки не только потому, что это является одним из основных предметов обучения, но и по собственной инициативе, а также собираются в дальнейшем улучшать свои познания. На момент обучения иностранные языки помогают в изучении новых дисциплин и получении новой информации на иностранных языках.

Однако есть и такие студенты, которые не считают знания иностранных языков важными и необходимыми для будущей профессии и жизни в целом. Но таких студентов, к счастью, меньшинство.

С развитием международных деловых контактов, освоением новых зарубежных технологий и расширением профессионального сотрудничества с иностранными специалистами возросла потребность отдельных регионов России в специалистах, владеющих иностранными языками. Эти специалисты требуются все большему числу компаний и учреждений. «Владение иностранными языками, особенно английским, как языком

международного общения, актуально для всей российской молодежи, желающей найти хорошую работу, соприкоснуться с внешним миром, улучшить свои культурологические знания.

Литература

1. Колесникова О.А. Ролевые игры в обучении иностранным языкам / О.А. Колесникова // Иностранные языки в школе. 2014, №4.- С.35-38.
2. Малышева А.Н. Профессионально ориентированное преподавание иностранного языка в общеобразовательной школе: цель, задачи, и организация обучения / А.Н. Малышева// Иностранные языки в школе. 2016, №1.- С.25-28.
3. Наумов Л.Б. Учебные игры в медицине / Л.Б. Наумов // Иностранные языки в школе. 2015, №7.- С.41-46.
4. Полат Е.С. Метод проектов на уроках иностранного языка/ Е.С.Полат // Иностранные языки в школе. 2017, №2.- С.15-18.
5. Полат Е.С. Обучение в сотрудничестве на уроках иностранного языка / Е.С.Полат // Иностранные языки в школе. 2015, №1.- С.55-59.
6. Рожкова Ф.М. Профессиональная направленность урока иностранного языка в среднем профессионально-техническом училище / Ф.М. Рожкова// Иностранные языки в школе. 2016, №3.- С. 34-38.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Куранова Е. В.
студентка 3 курса,
научный руководитель
Бекетова Ю.А.,
преподаватель ГБПОУ НО «АМК»,
г.Арзамас

Процент детей, имеющих отклонения в здоровье, с каждым годом возрастает. Наблюдается тенденция непрерывного роста общего уровня заболеваемости среди дошкольников. Это связано с массой негативных явлений современной жизни: экологическим неблагополучием, тяжелыми социальными потрясениями, низким уровнем развития института брака и семьи, распространением алкоголизма, курения, наркомании и т.д. От уровня состояния психического и физического здоровья населения зависит благополучие общества в целом, поэтому проблема формирования мотивации о здоровом образе жизни у детей дошкольного возраста представляется в современном обществе актуальной.

Вопросы формирования у дошкольников здорового образа жизни освещены в психолого-педагогической и медицинской литературе. Обозначенная проблема особенно значима в дошкольный период – период, наиболее благоприятный для активного развития познавательных процессов и личности ребенка, его представлений об образе жизни.

Цель исследования состоит в теоретическом обосновании психолого-

педагогической и медицинской технологий формирования здорового образа жизни у детей дошкольного возраста.

Объект исследования – воспитательно-образовательный, психологический и медицинский процесс в ДОУ.

Предмет исследования – комплекс методов и приемов психолого-педагогических и медицинских технологий формирования здорового образа жизни у детей дошкольного возраста.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи: рассмотреть здоровье как социокультурный феномен общества и изучить теоретические основы формирования здорового образа жизни у детей дошкольного возраста.

В современной литературе существует очень много понятий термина «здоровье». Исходным для них является определение, приведенное в Уставе Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [6, с.176].

На основе медико-биологических признаков Н.М. Амосов указывает: «Здоровье – естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных явлений» [1, с. 18].

По определению Б.Я.Солопова, здоровье – «индивидуальное психосоматическое (душевно-телесное) состояние, выражающееся в способности человека оптимально удовлетворять основные жизненные потребности» [6, с.176].

По мнению Г.М.Коджаспировой, здоровье – это «естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений; состояние полного телесного, душевного и социального благополучия, наличие у человека достаточного количества энергии, энтузиазма и настроения для выполнения или завершения дела» [3, с.90].

Выделяют три типа здоровья: «индивидуальное здоровье» (человек, личность); «здоровье группы» (семья, профессиональная группа); «здоровье населения» (популяционное, общественное). В соответствие с типом здоровья выработаны показатели, посредством которых дается качественная и количественная характеристика.

Выделяют также психологическое здоровье, определяющее душевное, эмоциональное благополучие человека. Термин «психологическое здоровье» введен в научный лексикон И.В. Дубровиной. По ее мнению основу психологического здоровья составляет полноценное психическое развитие ребенка на всех этапах. Психологическое здоровье следует рассматривать с точки зрения духовного богатства личности, ориентации на абсолютные ценности (доброту, красоту, истину).

Согласно исследованиям Л.А.Абрамян, М.И.Лисиной, Т.А.Репиной, «эмоциональное благополучие» детей дошкольного возраста можно определить как устойчивое эмоционально-положительное самочувствие

ребенка, основой которого является удовлетворение основных возрастных потребностей: биологических и социальных.

По мнению М.Ю. Стожаровой, «один из основных показателей эмоционального благополучия детей – физическое здоровье» [7, с.4].

В медицине о состоянии здоровья человека судят на основании объективных данных, полученных в результате антропометрических (физическое развитие), клинико-физиологических (физическая подготовленность) и лабораторных исследований, соотнесенных со среднестатистическими показателями с учетом половозрастных, профессиональных, временных, эколого-этнических и других поправок.

На соблюдение принципов здорового образа жизни влияют как субъективные, так и объективные факторы. К субъективным факторам относится соблюдение на практике принципов здорового образа жизни, отдельным человеком, семьей, группой людей, что немыслимо без физической культуры и массового спорта. Среди объективных факторов здорового образа жизни детей выделяются следующие:

- «качество окружающей среды» (состояние воздуха, воды, почвы), продуктов питания, жилища, одежды);

- доступность физкультурно-спортивных комплексов и сооружений (стадионов, бассейнов, оздоровительных центров и т.д.), спортивного инвентаря и т.д.» [8, с.5].

Известно, что дошкольный возраст является решающим в формировании фундамента физического и психического здоровья. Ведь именно до 7 лет человек проходит огромный путь развития, не повторяемый на протяжении последующей жизни. Именно в этот период идет интенсивное развитие органов и становление функциональных систем организма, закладываются основные черты личности, отношение к себе и окружающим. Важно на этом этапе сформировать у детей базу знаний и практических навыков здорового образа жизни, осознанную потребность в систематических занятий физической культурой и спортом [4, с. 217].

Формирование здорового образа жизни должно начинаться уже в детском саду. Вся жизнедеятельность ребенка в дошкольном учреждении должна быть направлена на сохранение и укрепление здоровья. Основой являются еженедельные познавательные, физкультурные и интегрированные занятия, партнерская совместная деятельность педагога, психолога, медицинского работника и ребенка в течение дня. Целью оздоровительной работы в ДОУ должно является создание устойчивой мотивации потребности в сохранении своего собственного здоровья и здоровья окружающих.

Поэтому очень важно правильно сконструировать содержание воспитательно-образовательного процесса по всем направлениям развития ребенка, отобрать современные программы, обеспечивающие приобщение к ценностям, и прежде всего, – к ценностям здорового образа жизни.

Основные компоненты здорового образа жизни детей включают в себя: рациональный режим, правильное питание, рациональная двигательная активность, закаливание организма, сохранение стабильного

психоэмоционального состояния [2, с. 56].

Режим дня необходимо соблюдать с первых дней жизни. От этого зависит здоровье и правильное развитие. При проведении режимных процессов следует придерживаться следующих правил:

- полное и своевременное удовлетворение всех органических потребностей детей (во сне, питании);
- тщательный гигиенический уход, обеспечение чистоты тела, одежды, постели;
- привлечение детей к посильному участию в режимных процессах и эмоциональное общение в ходе выполнения режимных процессов;
- учет потребностей детей, индивидуальных особенностей каждого ребенка [2, с. 57].

Особенно велика роль питания, так как от правильно организованного питания в детском возрасте, во многом зависит состояние здоровья. Основные принципы рационального питания:

- обеспечение баланса и удовлетворение потребностей организма в основных питательных веществах, витаминах и минералах;
- соблюдение режима питания [5, с. 62].

Культура здоровья и культура движения – два взаимосвязанных компонента в жизни ребенка. Активная двигательная деятельность, помимо положительного воздействия на здоровье и физическое развитие, обеспечивает психоэмоциональный комфорт ребенка. Основными условиями формирования двигательной культуры являются:

- воспитание у детей осознанного отношения к выполнению двигательных действий;
- развитие воображения при выполнении двигательных действий;
- включение сенсорных систем при воспитании двигательной культуры;
- создание оптимальных условий для каждого ребенка в процессе освоения двигательного опыта [9, с. 49].

Воспитание двигательной культуры – процесс взаимонаправленный, для его успеха необходима организация целенаправленной системы воспитания и образования в детском саду и семье.

Закаливание способствует решению целого комплекса оздоровительных задач. Оно не только повышает устойчивость, но и способность к развитию компенсаторных функциональных возможностей организма, повышению его работоспособности. Если закаливание проводить систематически и планомерно, оно положительно влияет на организм ребенка: улучшается деятельность его систем и органов, увеличивается сопротивляемость к различным заболеваниям, и, в первую очередь, простудного характера, вырабатывается способность без вреда для здоровья переносить резкие колебания различных факторов внешней среды, в частности, метеорологических, повышается выносливость организма [10, с. 34].

Специалисты отмечают, что психофизическое здоровье и эмоциональное благополучие ребенка во многом зависит от среды, в которой он живет и воспитывается. Поэтому необходимо создать условия,

обеспечивающие психологическое здоровье дошкольника, гуманное отношение к детям и индивидуальный подход с учетом их личных особенностей, психологический комфорт, интересную и содержательную жизнь в детском саду.

Охрана и укрепление здоровья, воспитание привычки к здоровому образу жизни являются первостепенной задачей. В связи с этим необходимо организовать разностороннюю деятельность, направленную на сохранение здоровья детей, реализацию комплекса воспитательно-образовательных, оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по разным возрастным ступеням.

Планомерное сохранение и развитие здоровья необходимо осуществлять по нескольким направлениям:

- лечебно-профилактическое (профилактика заболеваний, национальный календарь профилактических прививок, витаминизация и др.);
- обеспечение психологической безопасности личности ребенка (психологически комфортная организация режимных моментов, оптимальный двигательный режим, правильное распределение физических и интеллектуальных нагрузок, использование приемов релаксации в режиме дня, применение необходимых средств и методов: элементы аутотренинга, психогимнастика, музыкотерапия);
- оздоровительная направленность воспитательно-образовательного процесса (учет гигиенических требований к максимальной нагрузке на детей дошкольного возраста в организованных формах обучения, создание условий для оздоровительных режимов, валеологизация образовательного пространства для детей, бережное отношение к нервной системе ребенка: учет его индивидуальных способностей и интересов; предоставление свободы выбора, создание условий для самореализации; ориентация на зону ближайшего развития ребенка и т.п.);
- формирование валеологической культуры ребенка, основ валелогического сознания (знания о здоровье, умение сберегать поддерживать и сохранять его, воспитание осознанного отношения к здоровью и жизни) [2, с. 97].

Таким образом, охрана и укрепление здоровья, воспитание привычки к здоровому образу жизни являются первостепенной задачей для педагога, психолога, медицинского работника, руководителя физвоспитания и родителей, которые организуют разностороннюю деятельность, направленную на сохранение здоровья детей, реализацию комплекса воспитательно-образовательных, оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий.

Литература

1. Амосов Н.М. Эксперимент по преодолению старости / Н. М. Амосов. – М.: АСТ, 2003. – 128 с.

2. Карепова Т.Г. Формирование здорового образа жизни у дошкольников: планирование, система работы / Т.Г. Карепова. – Волгоград: Учитель, 2010. – 170 с.

3. Коджаспирова Г.М. Словарь по педагогике / Г.А.Коджаспирова, А.Ю.Коджаспиров. – М.: МарТ, 2005. – 448 с.

4. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В.С. Мухина. – М.: "Академия", 2005.- 456с.

5. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней / В.В. Марков. – М.: Академия, 2004. – 320 с.

6. Педагогика: Большая современная энциклопедия / сост. Е.С. Рапацевич. – Мн.: Современное слово, 2005. – 720 с.

7. Стожарова М.Ю. Формирование психологического здоровья дошкольников / М.Ю. Стожарова. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 208 с.

8. Сластенин В.А. Общая педагогика: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Сластенин. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 288 с.

9. Соловьев Г.М. Основы здорового образа жизни и методика оздоровительной физкультуры / Г.М. Соловьев.– Ставрополь: СГУ, 2007.– 111 с.

10. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков / А.Г. Сухарев. – М.: Медицина, 2003. – 270 с.

СОВЕТСКОЕ ИСКУССТВО ПЛАКАТА, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ УСПЕШНОЙ ПРОПАГАНДЫИ АГИТАЦИИ В СССР

Лазарев А.В.,
обучающийся 2 курса,
научный руководитель
Андреев Д.В.,
преподаватель,
ГАПОУ «НЧМК», г. Набережные Челны

«Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать…»
(народная мудрость)

На занятиях по дисциплине «Основы философии», преподаватель, довольно часто, использует советские плакаты, с целью быстрого усвоения информации, формирования у обучающихся абстрагированного художественного восприятия. Это помогает ему «погрузить» аудиторию в то время и вызвать у слушателей определённый эмоциональный отклик на происходящее.

«Плакат» (от лат.Placatum - объявление), является наиболее массовым видом изобразительного искусства, который служит средством наглядной политической агитации и пропаганды, а также инструктажа, обучения, информации и рекламы.

Уже в XIX веке были разработаны и использовались при производстве плакатов определенные правила дизайна этого рекламного продукта. Эти правила актуальны и по сей день - плакат должен привлекать внимание благодаря своей яркости и эффектности, текст и изображение плаката должны хорошо восприниматься с определенного расстояния, даже если

человек идёт и не может тщательно рассмотреть плакат.

В 1919-х гг. в России появились так называемые «Окна РОСТа». Этому процессу, в послевоенные годы, во многом способствовал В. Маяковский, а также особую роль играли М.М. Черемных и Д.С. Моор. В то время художники привлекались к созданию агитационно-пропагандистских материалов, доступных для понимания малограмотным населением. Плакаты выставлялись телеграфным агентством в окнах первого этажа, отсюда и появилось название организации - «Окна РОСТа».

После создания СССР искусство плаката вышло на новый уровень. К 1930-м гг. с многообразием в плакатной графике было покончено, в связи с введением единого метода в искусстве (в том числе и прикладном) под названием «соцреализм». Теперь всё создаваемое художниками, писателями, поэтами и другими творцами подчинялось жесткой задаче насаждения новой идеологии. Графики-плакатисты испытали это на себе в первую очередь. Социальные плакаты должны были не только формировать «правильное» отношение к советской власти, но и освещать индустриализацию, происходящую в стране в этот период, а также бороться со всеми личными и общественными пороками.

Социалистическую индустриализацию СССР ещё называют сталинской индустриализацией. Это был процесс ускоренного наращивания промышленного потенциала Советского Союза, чтобы сократить отставание отечественной экономики от экономики капиталистических стран.

Начало социалистической индустриализации как составной части «триединой задачи по коренному переустройству общества»: индустриализация, коллективизация сельского хозяйства и культурная революция, было положено первым пятилетним планом развития народного хозяйства, принятым в 1928-1932 гг. Одновременно были ликвидированы частнотоварные и капиталистические формы хозяйства.

Именно в процессе индустриализации, по-моему, мнению, наиболее ярко отражается искусство советского плаката. Достаточно вспомнить, следующие шедевры того времени: «Будущая война будет механизирована до последних пределов», (Длугач М.О., 1931 г.); «Укрепим индустриальную мощь Советского Союза», (Сенькин С.Я., 1932 г.); «Вся Москва строит метро», (Клуцис Г.Г., 1934 г.).

Если перейти ко второй составной части «триединой задачи по коренному переустройству общества», а именно, к коллективизации сельского хозяйства, то здесь также можно привести несколько показательных работ: «Батраки и комсомольцы, на трактор!», (Сварог В.С.); «Комсомольцы, на ударный сев», (Клуцис Г.Г.); «Каждый колхозник, каждая бригада», (Ёлкин В.Н.) – все эти плакаты 1931 г.

Энергичнее всего, конечно, звучат социалистические призывы, но и изображения плакатов соответствуют громким лозунгам.

Что касается третьей составляющей - культурной революции, то сначала следует пояснить, что это такое. Культурная революция была направлена на «перевоспитание» масс - на «коммунизацию» и

«советизацию» массового сознания, на разрыв с традициями исторического (дореволюционного) культурного наследия через большевистскую идеологизацию культуры.Напередний план выдвигалась задача создания так называемой «пролетарской культуры», основанной на марксистско-классовой идеологии, «коммунистическом воспитании», массовости культуры, ориентированной на низшие слои общества. Примерами этого направления, являются: «Бей! По врагу культурной революции», (неизвестный художник, 1930 г.); «Неграмотный ребёнок - позор для матери», (Громицкий И.И., 1930 г.); «Культурно жить - производительно работать», (Клуцис Г.Г., 1932 г.).

К отдельной группе стоит отнести плакаты, посвященные утверждению новой роли женщины в социалистическом обществе. По мнению большевиков, женщина должна была работать наравне с мужчинами, также стремясь всеми силами построить новое социалистическое общество. Плакаты: «Долой кухонное рабство!», (Шегаль Г.М., 1931 г.); «Восьмое марта - день восстания работниц против кухонного рабства», (Дейкин Б., 1932 г.); «Восьмое марта праздник трудящихся женщин всего мира», (Мытников-Кобылин А., 1932 г.); «Женщины в колхозах - большая сила», (Пинус Н.С., 1933 г.) и другие.

Немаловажными были и социальные плакаты, призывающие осуществлять в установленные сроки планы первых пятилеток. Первая пятилетка была связана со стремительной урбанизацией населения. Городская рабочая сила увеличилась на 12,5 миллионов человек, из которых 8,5 миллионов было из деревень. Процесс продолжался в течение нескольких десятилетий, и в начале 1960-х гг. численность городского и сельского населения сравнялись. Эта тенденция находит своё выражения в следующих плакатах: «Выполним полностью и в срок план хлебозаготовок», (Лобанов А., 1930 г.); «На штурм четвертого последнего года пятилетки!», (Долгоруков Н.А., 1931 г.); «Пятилетка сахпромышленности», (Буланов Д.А.), 1933 г. и другие

Борьба с табакокурением и халатным отношением к работе активно велась в этот период. Советской власти важно было не только привести народ к новой жизни, но и удержать его от всех возможных пороков, особенно в период, когда трудовые ресурсы использовались на полную мощь. Плакаты: «Долой безобразников по женской линии!», (Ротов К.П., 1930 г.); «Курение табака дорогое и вредное дело для здоровья и хозяйства», (неизвестный художник, 1930 г.); «Падение труддисциплины разрушает транспорт», (неизвестный художник, 1931 г.); «Сон на работе - на руку врагам рабочего класса», (Чашников И., Иогансон Б.В., 1931 г.).

В целом, этот период характеризуется разнообразием тематики социальных плакатов на фоне единого стиля художественного воплощения. Реалистичность плакатов, узнаваемые образы представителей рабочего класса, динамичные изображения, пропаганда, энергичные лозунги - вот характерные черты социальных плакатов времени индустриализации СССР.
На занятия, преподаватель предлагает обучающимся самостоятельно описать

плакат, найти в нём главную идею и постараться раскрыть замысел автора, ведь именно плакат помогает донести в простой, наглядной и выразительной форме основой посыл своего времени.

Особенность плаката, как рода агитационного искусства, ещё и в том, что он не может быть посвящен прошлому, проектировать будущее, он имеет право говорить только «о сегодня». Плакатная тема должна быть не только современной, но ещё и жизнезначимой, иначе плакат теряет свою ведущую функцию убеждения.

Сегодня, применяя в своей деятельности, наглядные средства обучения, различные методы иллюстраций, преподаватель может привлечь внимания молодёжи к самым актуальным проблемам российского общества: большое количество разводов, либеральное отношения к абортам, связь поколений, восстановление семейных и нравственных ценностей. Пробудить у подрастающего поколения познавательный интерес к истории своей страны, получению новых знаний, способствовать росту самосознания и как следствие процессу формирования всесторонне развитой личности.

Литература

1. Игошина Т.С. Дизайн плаката социальной рекламы, базовые принципы выразительности и актуальности. /Архитектон: известия вузов. 2006.
2. Исмаилова С.М. История России XX век. /Энциклопедия для детей т.5., Аванта+, 2010.
3. Лаврентьев А.Н. История дизайна. Учебное пособие. /М.: Гардарики, 2009.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Лерке К.И., Сережникова И.К.,
обучающиеся 2 курса
научный руководитель
Ефименко Г.А.,
преподаватель,
НФ ГБПОУ «КОМК» г. Новокузнецк

Медицина обладает богатым опытом помощи больному человеку, имеет определенную специфику, которая отличает ее от других видов человеческой деятельности. Специфика медицины заключается, прежде всего, в необходимости постоянного, каждодневного общения медперсонала с больным человеком. Эффективность лечения и ухода за больными определяется не только уровнем чисто профессиональных знаний и умений медицинских работников, но и морально-нравственными качествами, которыеимеют очень важное значение в их деятельности.

Медицинская этика – совокупность медицинских моральных норм и правил, применяемых в профессиональной деятельности. Частью сестринской этики является деонтология. Этика и деонтология в медицине — не одно и то же, хотя они глубоко связаны. Деонтология содержит в себе

свод правил для работников медицины о том, как правильно общаться с пациентом [3].

Впервые морально-этические и нравственные нормы врачебной профессии были сформулированы врачом и мыслителем древности Гиппократом в его знаменитой «Клятве Гиппократа». Он подчёркивает, что излишне весёлый врач не вызывает уважения, а излишне суровый теряет необходимое доверие. Врач должен обладать ясным умом, быть опрятно одетым, в меру серьёзным, проявлять понимание к страданиям больных. Кроме этого, подчёркивается необходимость постоянного наличия под рукой медицинского инструментария. Гиппократу было свойственно смотреть на медицину с философской позиции: он анализировал причины, сущность, лечение и предупреждение заболеваний. Гиппократ сформулировал основной деонтологический принцип: «Должно обращать внимание, чтобы всё, что принимается, приносило пользу» [1].

В России развитие медицинской этики происходило под влиянием тех представлений, которые были в Европе, но с некоторыми особенностями. Переводы отдельных произведений Гиппократа на русский язык появились лишь в 1840 г. Однако намного ранее Гиппократа настойчиво пропагандировал на медицинском факультете Московского университета М.Я. Мудров. Врачебная этика, по М.Я. Мудрову, предваряет всю медицину: изложение «обязанностей» врачей и «прочих правил, служащих основанием деятельному врачебному искусству», он начинает с этических наставлений. [2].

Хочется отметить, что речь идет не только о деятельности врача, но и медицинской сестры, которая играет немаловажную роль в выздоровлении пациента.

Этические элементы принятой философии и раньше считались незаменимыми для сестринской работы. Моральные и нравственные качества медицинской сестры всегда имели не меньшее значение в ее профессиональной деятельности.

Медицинская сестра должна понимать, что все люди заслуживают, чтобы к ним относились так, как гласит золотое правило: относитесь к людям так, как вы хотели бы, чтобы относились к вам. Медицинская сестра, разделяющая принятую философию сестринского дела, принимает на себя следующие этические обязанности: говорить правду, делать добро, не причинять вреда, уважать права пациента, уважать обязательства других (членов бригады), держать слово, быть преданной своему делу, уважать право (пациента) на самостоятельность [3].

Этическими ценностями, определяющими цели, к которым стремится медицинская сестра, являются профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, человеческое достоинство, забота.

Личность медработника, стиль его поведения могут оказывать на больных как позитивное (лечебное), так и негативное (психотравмирующее) действие. Интересная типология медсестер, учитывающая их личностные особенности и отношение к работе, представлена И. Харди в его руководстве

«Врач, сестра, больной»:

1. Практический тип (рутинер) отличается точностью и строгостью в выполнении своих обязанностей, но упускает из виду самого больного. Механически выполняет свои обязанности (будит больного, чтобы дать ему снотворное).

2. Артистический тип характеризуется стремлением подражать кому-либо и играть заученную роль. Такой медицинский работник стремится произвести впечатление на больного, выступая в роли благодетельницы или наставницы, подчеркивая свою значимость или бескорыстие. Неискренность поведения часто обнаруживается больными, что может затруднять формирование доверия.

3. Нервный тип проявляется раздражительностью, частой усталостью, ощущением, что ее труды не ценятся окружающими. Эмоциональное напряжение передается пациентам, которые тоже чувствуют себя неспокойно, опасаются обращаться с какими-либо проблемами. Нередко в таких случаях у медработника обнаруживается невротическое состояние или психотические черты личности.

4. Мужеподобный тип характеризуется крупным телосложением, решительностью, энергичностью, самоуверенностью, бескомпромиссностью. Больные трактуют его поведение как «солдафонское». При высоком интеллекте и хорошем образовании она может стать прекрасным организатором, играя роль старшей медсестры, успешно воспитывать и обучать молодых специалистов. В неблагоприятных условиях проявляется негибкость, прямолинейность, агрессивность и деспотичность по отношению к пациентам.

5. Материнский тип характеризуется пикническим телосложением, душевностью и заботливостью. Работа для него – главная цель, а забота обольном – жизненное призвание. Сопереживанием к страданиям других, любовью к людям проникнута и его личная жизнь.

6. Тип – специалисты, работающие, например, на электрокардиографе или электроэнцефалографе, обычно преданы своей профессии и иногда испытывают чувство превосходства над обычными медицинскими работниками [4].

Медицинский гуманизм выражается в активном, естественном стремлении посвятить себя больным и, несмотря на трудности, использовать все ресурсы для восстановления и сохранения здоровья, не причиняя действиями и словами дополнительного ущерба. Гуманизм, сознание долга, выдержка и самообладание в отношениях с больными, совестливость всегда считались главными характеристиками врача.

Во взаимоотношениях врача и больного не последняя роль принадлежит умению врача хранить врачебную тайну. Обычно она включает в себя три вида сведений: о болезнях, об интимной и семейной жизни больного.

Можно отметить ряд общих более частых черт личности, которые нужно воспитывать у врача. Сюда относятся: высокая общая культура и культура врачебной деятельности, организованность в работе, любовь к порядку,

аккуратность и чистоплотность.[5]

Одним из важнейших звеньев лечебного процесса является помощь больному, оказываемая медперсоналом, в первую очередь, медсестрой, наиболее тесно контактирующей с ним в соответствии со своими обязанностями.

На протяжении различных периодов человеческой истории медицинский кодекс практически не менялся. Долгое время медики были заложниками религиозных и светских запретов.

С древних времен в основе деятельности докторов лежало стремление помочь человеку и облегчить его страдания. Здоровье больного – высший закон для врачей (Salusaegroti – supremalexmedicorum).

Литература

1. БалалыкинД.А. История медицины. Книга 3 / Д.А. Балалыкин, Н.П. Шок, Москва, 2017. – 416 с.
2. Гармоничное развитие личности : официальный сайт. – Москва. – URL: https://mystroimmir.ru/moyput/etika-meditsina.html(дата обращения: 22.11.19). – Текст : электронный.
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела: учебник / Мухина С. А., Тарновская И., Москва, 2016. – 368 с.
4. Харди И. Психология работы с больными / Харди, Будапешт, 1988. – 201 с.
5. Хрусталев Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник / Ю.М. Хрусталев, Москва, 2017, 400 с.

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Ломтева О.Д.,
Назаров Д.С.,
обучающиеся 4 курса
научный руководитель
Кузьмичева Н.А.,
преподаватель,
ГБПОУ НО НМК, г. Нижний Новгород

Следует отметить, что исследовательская деятельность является неотъемлемой частью профессиональной деятельности медицинского работника. В учебной деятельности она направлена на поиск новых знаний, овладение новыми медицинскими технологиями, формирование и совершенствование личностных профессиональных достижений.

Представленное в статье исследование проводилось в рамках выполнения курсовой работы по МДК.02.01.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях пациентов терапевтического профиля, направленное на изучение профессиональной деятельности и роли сестринского персонала при работе с пациентами, страдающими бронхиальной астмой (БА).

На сегодняшний день бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных заболеваний дыхательной системы человека. По статистическим данным число болеющих во всем мире достигло 320-350 миллионов человек.

Бронхиальная астма – это болезнь, которая снижает качество жизни человека, требует коррекции образа жизни и пожизненного лечения.

С точки зрения сестринского персонала актуальность данной темы заключается в том, что в практической деятельности при сестринском уходе за пациентами с бронхиальной астмой, медицинская сестра должна учитывать индивидуальные психологические особенности пациентов, наличие сопутствующей патологии, приверженность пациентов выполнять рекомендации медработников по коррекции образа жизни и устранению факторов риска.

Большое значение в лечебно-диагностическом процессе при бронхиальной астме имеет участие медсестры в профилактических мероприятиях, плановом лечении, направленном на поддержание ремиссии, обучение пациентовсамоконтролю исамо- и взаимопомощи при приступе удушья, оказаниидоврачебной медицинской помощи.

Медсестра должна владеть не только профессиональными знаниями и компетенциями, но и быть хорошим психологом, педагогом, организатором.

Объектом исследования являлась лечебно-диагностическая деятельность при бронхиальной астме. Предметом исследования - деятельность медсестры в лечебно-диагностическом процессе при бронхиальной астме, с учетом профессиональных и общих компетенций.

Целью исследования было моделирование сестринской деятельности в лечебно-диагностическом процессе при решении проблем пациента, страдающего бронхиальной астмой.

Основные задачи теоретического исследования:

- изучение медицинской литературы с целью расширения, обобщения знаний о бронхиальной астме, а также участии медсестры в лечебно-диагностическом процессе при данном заболевании;
- составление банка проблем пациента при бронхиальной астме;
- составление модели программы сестринской деятельности для решения проблем пациента с бронхиальной астмой.

Основные задачи практической работы:

- реализации сестринского ухода при бронхиальной астме на базе практического здравоохранения при прохождении производственной практики МДК.02.01.01 и оценки результатов и эффективности деятельности медсестры;
- проведение статистического исследования по удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи.

Позднее добавились вопросы по проведению самоконтроля БА с помощью ПФМ и применению небулайзера при приступе удушья в домашних условиях.

Методы исследования, применявшиеся при выполнении курсовой

работы:
- теоретический – библиографическое исследование,
- практический – клиническое наблюдение, реализация программы сестринской деятельности при бронхиальной астме, анкетирование и анализ полученных данных.

При анализе информационных источников по теме, отражающих современный взгляд на этиопатогенез бронхиальной астмы, клиническую картину, современные методы диагностики, лечения и профилактики, авторы работы отметили, что полученные знания необходимы для выявления проблем пациента при проведении сестринского обследования больного и планирования сестринской деятельности на всех этапах сестринского процесса.

По результатам теоретического и практического исследования, следует отметить, что в учебной и научной литературе описаны симптомы, отражающие физиологические проблемы пациента, такие как экспираторное удушье и одышка, тахикардия, снижение артериального давления [3,с.107]. При обследовании пациента так же выявлена тяжесть в грудной клетке и сердцебиение, кашель с трудно отделяемой мокротой, общее недомогание, нарушение сна, головная боль, потеря аппетита.

В литературе практически не рассматриваются социальные и психологические проблемы, за исключением чувства страха смерти на фоне приступа удушья. В связи с этим возникла необходимость предположить, а на практике и выявить наличие таких проблем у пациентов и рассмотреть способы их решения сестринским персоналом.

На этапе практического исследования проводилось сестринское обследование пациента, осуществлялось динамическое наблюдение за пациентами пульмонологического отделения ГБУЗ НО ГКБ№12 Сормовского района г. Нижний Новгород, а так же проведено анкетирование 22 пациентов (12 мужчин и 10 женщин) с бронхиальной астмой, из них у 9 больных (10 мужчин и 4 женщины) выявлено сочетание с ХОБЛ. Средний возраст пациентов составил 57±8 лет. Длительность заболевания от 4 до 10 лет. Наличие факторов риска (курение – активное и пассивное, сопутствующие аллергические заболевания, заболевания верхних дыхательных путей и др.) выявлены у всех пациентов. 7 человек имели инвалидность II группы.

В результате анализа анкет пациентов выявлены проблемы, связанные с дефицитом знаний о заболевании и факторах риска, методах обследования, лечения, профилактики, неуверенностью в эффективности лечения заболевания, страхом развития осложнений заболевания или лечебно-диагностических мероприятий, инвалидизации, снижения самообслуживания, попадания в зависимость от окружающих (родственников, медперсонала) и др.

Кроме этого некоторые пациенты отмечали недостаточную информированность о самопомощи при приступе, о пикфлоуметрии и гипоаллергенной диете. Пациентов беспокоил страх перед инвазивными

вмешательствами во время диагностики и лечения заболевания, опасениеразвития побочных эффектов от длительного приема лекарственных препаратов при лечении бронхиальной астмы.

Среди социальных проблем превалировали страх потерять работу из-за невозможности выполнять физические нагрузки и самообслуживание, страх стать инвалидом и жить неполноценной жизнью, и даже невозможность смены жилья при неудовлетворительных условиях проживания.

Обращает внимание факт, что вышеназванные проблемы становятся приоритетными по мере утихания обострения и устранения нарушения физиологических потребностей человека в течение первых 2-3 дней госпитализации в процессе реализации плана сестринского ухода.

При теоретическом исследовании расширены знания не только по клиническим методам диагностики БА, но и по дополнительным, включающим лабораторное исследование иммунологического статуса пациента, изменений в клинических исследованиях крови и мокроты. Наиболее информативным при бронхиальной астме остается исследование функции внешнего дыхания.

На диагностическом этапе медсестра должна проинформировать пациента об исследовании, заполнить направления в диагностические подразделения, провести подготовку, включающую и психологическую поддержку пациента, обеспечить качественный забор биологических материалов, своевременную отправку в лаборатории и оформление результатов в медицинской документации больного. При необходимости медсестра ассистирует врачу при проведении обследования, обеспечивает сопровождение и динамическое наблюдение за пациентом. В процессе информирования пациента и его родственников о диагностических мероприятиях, назначенных пациенту медсестра должна решить проблемы дефицита знаний, страхов перед исследованиями, что повысит удовлетворенность пациента качеством сестринской помощи.

Достаточно простым и доступным является метод самоконтроля бронхиальной астмы в домашних условиях с помощью пикфлоуметрии (ПФМ), позволяющей проводить профилактику тяжелых приступов астмы, контролировать эффективность лекарственной терапии, идентифицировать причины обострения. К сожалению, только 4 пациента имеют дома пикфлоуметры, но регулярно показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ), отражающей бронхиальную проходимость, не контролируют.

Роль медицинской сестры заключается в мотивации пациентана самоконтроль при астме, обучении пациента методики проведения исследования в домашних условиях, ведения дневника самоконтроля с построением графика показаний пиковой скорости выдоха (ПСВ).

Рассматривая участие медицинской сестры в лечебной деятельности, следует отметить, что именно ей принадлежит ведущая роль в работе с пациентами. Компетентная медицинская сестра должна знать современные методы лечения бронхиальной астмы, включающие немедикаментозные методыи лекарственную терапию, среди которых, исключение факторов

риска, ежегодная вакцинация против гриппа, бронходилататоры короткого и пролонгированного действия, ингаляционные и системные кортикостероиды, оксигенотерапия, хирургическая редукция объема легких, искусственная вентиляция легких [1, с.154].

Учитывая, что основным способом лечения при БА является ингаляционный метод, медсестра должна информировать пациента о правилах применения лекарственных препаратов, о современных методах их доставки в дыхательные пути, о возможных нежелательных эффектах. Онатак же контролирует регулярность и правила применения назначенных препаратов, эффективность их действия, особенно при оказании неотложной и экстренной помощи при решении проблем пациент, страдающего БА.

Из литературы известно, что использование комбинированного препарата беродуала через небулайзерпри приступах удушья на догоспитальном этапе, позволяет эффективно купировать приступ в 95% случаев, снижает повторные вызовы скорой медицинской помощи, и избежать госпитализации [1, с.155].

При анкетировании выявлено, что небулайзерами в домашних условиях пользуются 8 пациентов, остальные применяют другие методы доставки (индивидуальные ингаляторы, турбухалеры), что может приводить к неэффективности лечения БА в амбулаторных условиях и развитию состояния, требующего госпитализации в пульмонологическое отделение.

12 участников опроса, не имеющих небулайзеров в личном пользовании, отметили, что при оказании неотложной медицинской помощи применяется, как правило, инъекционное введение препаратов (эуфиллин и гормоны, противоаллергические средства), что подтверждается и данными литературы [2, с.114].

Следовательно, при работе с пациентом с БА, медсестра должна научить пациента пользоваться современными приспособлениями для проведения ингаляций, объяснить их преимущества, последовательность и правила применения лекарственных средств. С этой целью были разработаны памятки и проведена беседа с пациентами отделения.

Успех лечения БА зависит не только от правильно назначенной терапии, а и от эффективно и рационально организованного сестринского ухода, включающего независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства. Необходимо отметить, что если при осуществлении независимых сестринских вмешательств, связанных с обеспечением соблюдения назначенного врачом лечебно-охранительного режима, соблюдения гипоаллергенной диеты, динамическим наблюдением за общим состоянием с контролем гемодинамики и дыхательной функции и др. у пациента хотя бы частично сохраняется исходная проблема, необходимо информировать об этом врача. Достаточно часто в подобных ситуациях проводится коррекция врачебных назначений, например, назначаются дополнительные исследования и консультации врачей-специалистов, изменяются дозировки, кратность и способы введения препаратов, что влечет обновление плана сестринской деятельности, касающегося зависимых

сестринскихвмешательств. Для повышения качества медицинской помощи и сестринских услуг медицинской сестренеобходимо регулярно познавать новое, а этому способствует исследовательская деятельность.

Удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи при реализации программы сестринской деятельности у пациентов бронхиальной астмойна базе производственнойпрактики, по результатам анкетирования составила 4,2 балла (по 5-бальной шкале), следовательно, нам есть чему учиться в профессиональной деятельности.

Проведенная работа носила личностно-ориентированную направленность. Приобретенные опыт работы с информационными источниками, моделирование сестринской деятельности при работе с пациентом, умение применять новые знания в практической работе, способствуют формированию профессиональных компетенций, необходимых медицинскому работнику среднего звена практического здравоохранения. Надеемся в будущем внести вклад в развитие медицины и быть полезными людям.

Литература

1.Ахметова Г.Д., Егемкулова З.Т., Нуфтиева А.И., Рахышева А.А., Айткулова М. Эффективность применения бородуала через небулайзер при остром бронхообструктивном синдроме на догоспитальном этапе // Вестник КазНМУ,№1-2015. Стр 153-156

2.Верткин А.Л., Намазова Л.С., Элькис И.С.,Вилковский Ф.А., Бараташвили В. Эффективность и безопасность небулайзерной терапии у больных бронхиальной астмой пожилого и старческого возраста на догоспитальном этапе //Пульмонология. -2002.-№2- с.110-116

3.Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи /Э.В.Смолева; под редк.м.н.Б.В.Карабухина. – Изд.4-е. –Ростов –на-Дону: Феникс,2019. –473, [1]с. –(Среднее медицинское образование) стр .105-113

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭТНИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Мамедова Л.М.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Седова Е.П.,
преподаватель
Кузнецкого филиала ГБОУ ПО "ПОМК", г. Кузнецк

Если я чем - то на тебя не похож,
я этим вовсе не оскорбляю тебя, а напротив одаряю.
Антуан де Сент - Экзюпери - французский писатель

Анализ понятия «толерантность» в теоретической части работы с позиции его психологического и социального значения свидетельствует о

том, что данный термин применяется к ненасильственному поведению и употребляется в связи с проблемами религии, культуры, политики и морали [2,с. 4].

Для формирования гражданского общества необходимо воспитание гражданина – человека, обладающего соответствующими этому обществу ценностными ориентациями. Одним из важнейших качеств, присущих такому человеку, является этническая толерантность – умение терпимо, а главное – с пониманием относиться к людям других национальностей, к их обычаям, традициям, культуре, образцам поведения, образу жизни [4, с. 134].

Формирование толерантной личности, способной к реализации личных и профессиональных компетенций в условиях современного полиэтнического пространства становится объективным требованием времени [5, с. 245].

Основная процедура исследования – опрос с помощью анкеты, который включал широкий круг показателей того, как респонденты воспринимают этническую картину окружающего мира [6, с. 10].

Всего было опрошено 110 студентов Кузнецкого филиала ГБОУ ПО "Пензенский областной медицинский колледж". Анализ строился на сравнении между собой четырех основных этнических групп (татары, русские, мордва и чуваши)

При ответе на вопрос анкеты: «Что больше всего объединяет, роднит людей одной национальности?», мнения респондентов разных национальностей довольно близки. Первое место по частоте выбора у русских и чувашей - общие традиции и обычаи, общий язык занимает первое место – у мордвы, второе – у других трех этнических групп.

Несколько отличаются ответы респондентов татарской национальности: для них в качестве главного объединяющего признака выступает общая религия (35,0%; первое место по частоте выбора). Наименьшее же объединяющее воздействие на людей одной национальности оказывают, по мнению опрошенных, общие трудности и беды (от 10,0% у чувашей до 2,0% у русских).

Проблема национальных отношений глубоко небезразлична для опрошенных студентов. С однокурсниками на эти темы иногда говорит значительное большинство русских и мордовских обучающихся (от 60,% до 75%).

Еще больше опрошенных этих национальностей ведут такие беседы в семье – от 70% до 80%. Среди респондентов-чувашей, в колледже проблемы национальных отношений обсуждают 50%. В семье же беседы на эти темы ведут две трети татар(65%).

На вопрос: «То, как ты относишься к тому, или иному человеку, зависит от его национальности или не зависит?». Ответ «совершенно не зависит» среди русских выбрали меньше половины (40%), тогда как во всех других этнических группах – большинство (от 60 % татар до 80% у чувашей).

Первичное осознание своей национальной принадлежности происходит у респондентов по большей части в возрасте 4 –10 лет.

Почти половина татар (45%) считает свой народ «лучше других

народов». У русских и мордвы таких ответов значительно меньше – 28% и 30%, соответственно. Что касается чувашей, то среди них такого мнения придерживаются совсем немногие – 15%.

Однако, во всех четырех этнических группах большинство занимает взвешенную позицию – «мой народ не лучше и не хуже других народов» (даже у татар таких 50%). И, «хуже других народов» свой народ не считает практически никто.

Личностные эмоциональные реакции, связанные с рефлексией своей этничности, фиксировались вопросом: «В жизни тебе приходилось чаще гордиться своей национальностью или стесняться ее?». Доля тех, кто «чаще гордился соей национальностью», во всех этнических группах – наибольшая. Но среди чувашей и мордвы она все, же не достигает половины. У татар же этот показатель максимальный – три четверти. Ответ «чаще стеснялся» во всех группах дали очень немногие респонденты.

У респондентов двух групп зафиксированы почти одинаковые поведенческие реакции. «Скрывать свою национальность» не приходилось ни разу в жизни абсолютному большинству русских (96%) и татар (95%). Большинство мордвы (85%) и чувашей (75%) также никогда не испытывали такого. Но среди них есть доля тех, кому довелось все, же один или несколько раз пройти через это испытание: 15% у мордвы, 25% у чувашей.

Несколько неожиданными оказались ответы на вопрос: «Приходилось ли тебе испытывать стыд за людей своей национальности?». Респонденты именно тех национальностей, у которых чувство национальной гордости выражено сильнее, чаще отвечали утвердительно: у татар этот показатель – 55%, у мордвы – 50%, у русских – 32%. Среди чувашей доля таких ответов меньше – 30%.

Респонденты обследованных групп имеют и разный опыт негативных реакций на их этничность со стороны среды. Большинству русских студентов с подобной ситуацией сталкиваться не приходилось. Но среди татар, мордвы и чувашей есть доля тех, кто имеет такой опыт.

В полиэтническом сообществе, каким является студенческая среда колледжа, часть респондентов из четырех этнических группа, является не только объектом национальной неприязни, но и их субъектом. В этом отношении выделяются русские респонденты: каждый второй позволял себе недоброжелательные высказывания на этнической почве. Более сдержаны мордва, и чуваши.

Чуваши и мордва чаще, чем другие, предпочитают группы со смешанным национальным составом (55% и 60%, соответственно). Совершенно индифферентная позиция более всего характерна для русских и татар (52% и 60%, соответственно).

Подавляющее большинство опрошенных считает, что, выбирая друзей, «национальности не нужно придавать значения». У мордвы частота такого ответа самая высокая (90%), у татар – самая низкая (60%),почти треть последних считают все же, что выбирать друзей «лучше среди людей своей национальности».

Мир этносов в собственной стране и за ее пределами не воспринимается студентами колледжа как нечто однородное. Они вполне определенно дифференцируют народы России, Ближнего и Дальнего Зарубежья по шкале симпатии – антипатии.

У респондентов всех национальностей – одна и та же закономерность. Всем им собственный народ наиболее симпатичен по сравнению с иными. На втором месте у чувашей, мордвы и татар - русские. Третье и четвертое места у всех респондентов занимают французы и итальянцы.

Перейдем к объектам этнической антипатии. Среди народов, к которым русские респонденты относятся хуже, чем к другим, лидируют «кавказцы»; их назвали 18%. За ними – евреи (16%), «негры» (14%) и американцы (12%).

У чувашей единственные, кто вызывает более или менее заметную неприязнь – это обобщенная категория «кавказцев» (15%).

Мордва среди народов, к которым они относятся хуже, чаще других называют турок (20%), азербайджанцев (15%), русских (10%) и «мусульман» – «этнос», сконструированный ими по конфессиональному признаку (5%).

Любопытны данные по татарским респондентам. Распределение ответов в зоне неприязни антипатии очень схоже с распределением для их русских сверстников: первые семь мест занимают те же народы. Правда, в отличие от русских, татары хуже всего относятся к евреям (20%) и "неграм" (15%).

Каждый второй русский подросток утвердительно ответил на вопрос: «Хотелось бы тебе больше узнать об обычаях, традициях других народов России, и если да, то каких именно?». У татар, мордвы и чувашей этот показатель выше – от 50% до 75%.

Изучение общего уровня толерантности студентов колледжа с помощью экспресс-опросника показало, что для абсолютного большинства (80%) респондентов характерен средний уровень толерантности. В одних социальных ситуациях они ведут себя толерантно, в других могут проявить интолерантность.

Среди девушек толерантных оказалось практически столько же, сколько и среди юношей (27,3% и 29%, соответственно), но вот интолерантных среди девушек существенно меньше: 14,5% по сравнению с 30,9% среди юношей.

С первого по третий курс удельный вес группы толерантных студентов снижается (с 47,2% до 36,1%), а удельный вес группы интолерантных, напротив, растет (с 23,6% до 48,6%). Однако на четвертом курсе все неожиданно возвращается к исходному состоянию: среди студентов четвертого курса толерантных вдвое больше, чем интолерантных (52,5% и 31,3%, соответственно).

Рассмотрим генерализованные автоэтностереотипы опрошенных студентов. И что сразу бросается в глаза – в образе собственного этноса положительные качества с очень большим преимуществом доминируют над отрицательными (по частоте упоминания). Причем такая закономерность носит универсальный характер, будь то русские или учащиеся других национальностей.

Из положительных качеств собственному народу русские респонденты

приписывают – смелость (частота упоминания – 61,8%), доброта, гостеприимство, ум, гордость (в порядке убывания от 47,1% до 39,8%). Из отрицательных – лень (43,8%), завистливость, хитрость, наглость, жадность (от 13,0% до 8,4%).

Для мордвы главными позитивными качествами их народа являются: трудолюбие (45,6%), вежливость, гостеприимство, честность, миролюбие (от 29,4% до 16,2%). Главные негативные качества: хитрость (7,4%), жадность, высокомерие, завистливость (от 5,9% до 4,4%).

Респонденты – чуваши главными позитивными качествами своего народа называют: смелость (61,0%), гостеприимство, доброту, вежливость, честность (от 57,6% до 28,0%). Главные негативные качества: лень (11,0%), агрессивность, наглость, хитрость, высокомерие (от 8,5% до 6,8%).

Татарские респонденты среди положительных качеств в первую очередь назвали: гостеприимство (41,9%), смелость, общительность, свободолюбие, трудолюбие (от 25,8% до 19,4%). Главные отрицательные качества – хитрость (25,8%), агрессивность, высокомерие, жадность (от 12,9% до 6,5%).

Таким образом, изучив особенности формирования этнической толерантности в студенческой среде, предлагается усовершенствовать работу по формированию этнопсихологической компетенции у студентов, исходя из следующих направлений: просветительского, диагностического, самостоятельной и исследовательской работы студентов, предполагающих формирования ценностного отношения к межкультурному взаимодействию, основанному на принципах толерантности.

Подготовлена "Памятка толерантности" для студентов, которую в своей работе могут использовать кураторы студенческих групп, психологи, социальные педагоги для формирования ценностного отношения к межкультурному взаимодействию, основанному на принципах толерантности.

Литература

1. Андрияхина Н.В. Семинар-тренинг "Толерантность учителя" // Классный руководитель. – 2006. - № 4. – С. 20-34
2. Бардиер, Г.Л."Социальная психология толерантности": Учебное пособие -Спб.: СПБГМА, 2012. – С.6.
3. Болотина, Т.В. Права человека: Учебник - М.: ГЭОТАРТ - Медиа, 2011. - 224 с.
4. Бондырева С.К. Толерантность. Учебно-методическое пособие. - М.:АМНИ, 2013. – 240с.
5. Герасимова М. Г. Этническая толерантность и этнические стереотипы подростков: Учебник - М.: КАНОН–пресс–Ц, 2011. - 430 с.
6. Кожухарь Г.С. Проблема толерантности в межличностном общении // Вопросы психологии - 2015. - №2. – С.3-12
7. Лебедева, Н.М. «Синдром навязанной этничности» и способы его преодоления // Этническая психология и общество. - 2017. - № 8. - С. 10-15.
8. Недорезова Н.В. "Толерантность в межличностном общении старшеклассников": Учебное пособие – М.: ГЭОТАРТ-Медиа, 2015. – 189 с.

9. Пищулин, Н.П. "Толерантное сознание этнических общностей": Учебное пособие – М.:ГЭОТАРТ - Медиа, 2014. – С.11.
10. Психодиагностика толерантности личности: Учебно - методическое пособие/ Под ред. Г.У.Солдатовой. – М.:ГОУ ВУНМЦ, 2016. - С. 140-146.
11. Практикум по психодиагностике и исследованию толерантности: Учебно-методическое пособие / Г.У. Солдатовой. М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2013. – 112 с.
12. Этнопсихология: практикум: Учебно-методическое пособие / Т.Г. Стефаненко. – М.:МГУ им. М.В. Ломоносова, 2016. - С.149-151.
13. https://greater_political.academic.ru
14. https://sunmag.me
15. https://cyberleninka.ru

РОЛЬ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Мильчаков А. А., Регнер Е.А.
обучающиеся 3 курса
Данилова М. В.
преподаватель иностранного языка
Глазовского филиала АПОУ УР «РМК МЗ УР»

Великий русский врач Сергей Петрович Боткин сказал еще в 19 веке: "Знание современных языков играет важную роль в интеллектуальном и человеческом обогащении специалистов-медиков".
«Knowledge of modern languages plays an important role in the intellectual and human enrichment of medical specialists»

В наше время владение иностранными языками – крайне важное умение, и с этим трудно спорить. Знание языков помогает укреплять дружбу и взаимопонимание между людьми. В наш век, который стирает границы между людьми, свободное владение иностранными языками позволяет более широко использовать открывающиеся безграничные возможности.

Актуальность данной проблемы возрастает в связи с тем, что сотрудничество отечественных медиков с зарубежными требует эффективного общения на иностранных языках. Качественный обмен опытом при решении глобальных проблем здравоохранения зависит от уровня языковой подготовки медицинских специалистов, их иноязычной профессиональной компетенции.

Знание иностранных языков способствует повышению квалификации будущего медицинского работника, а также позволяет увеличить уровень своих знаний. В настоящее время при знании иностранных языков существует возможность изучения различной медицинской литературы, сайтов, статей, исследовательских работ на иностранных языках. Большой шанс продемонстрировать свои знания на международных конференциях, передавая свой опыт и принимая знания зарубежных коллег [3]. В будущем роль

иностранных языков как средств международной коммуникации будет только возрастать, становясь основным средством общения.

Изучение иностранного языка в медицинских колледжах рассматривается как обязательный компонент профессиональной подготовки специалиста. Современная концепция языкового образования нацелена на профессионально-ориентированное обучение иностранного языка, которое представляет собой обучение, основанное на учете потребностей студентов в изучении иностранного языка.

Ведущими сферами общения в профессиональной деятельности выпускников медицинских колледжей являются: беседа с использованием медицинских терминов, составление и перевод медицинской документации с описанием болезней и их возможных методах лечения, новых методик, процедур, препаратов, манипуляций и т.д. А также внедрение новых технологий и способов лечения; участие в семинарах, конференциях и презентациях.

Сегодня, когда на рынке медикаментов преобладают импортные лекарства, а многие наши соотечественники ездят лечиться за границу, им требуются выписки из истории болезни на иностранном языке, в данной ситуации проблема медицинского перевода особенно насущна. Любая ошибка в медицинском переводе может стоить пациенту здоровья и даже жизни [2].

Возможны такие случаи, что человек, которому необходима медицинская помощь, является иностранцем и не знает русского языка. Вполне возможно, что бригаде скорой помощи в экстренных случаях придется оказывать помощь иностранцам и у них не будет времени и возможности найти переводчика. Существует немало инцидентов, когда иностранному пациенту не смогли оказать необходимое лечение только потому, что медицинский персонал не смог понять, в чем причина недомогания больного.

Необходимо отметить, что в профессии медицинского работника основой будет являться латинский язык. Латинский язык является «мертвым языком», но до сих пор мы можем встретить отголоски латинского языка в различных областях и сферах жизнедеятельности человека, и о том, что эти слова являются латинского происхождении, мы даже не догадываемся [2]. Медикам он нужен для того, чтобы врачи, говорящие на разных языках, всегда смогли друг друга понять. Конечно же, анатомию невозможно представить без латыни. Биологам, химикам и фармацевтам он необходим из-за использования единой терминологии, которая значительно облегчает классификацию лекарственных средств, видов животных и др. Клиническая терминология также строится на латинском языке. Части слова латинского языка (приставки, корни, суффиксы) сохраняют одинаковое значение в разных словах. Клинические термины имеют сложную структуру, которую легко понять, владея знаниями об отдельных элементах. Из поколения в поколение студенты медицинских колледжей и ВУЗов всего мира изучают латынь и используют ее в работе [4].

Для достижения целей исследований нами было проведено анкетирование среди студентов Глазовского филиала АПОУ УР «РМК МЗ УР», чтобы узнать их отношение к изучению иностранных языков в медицинском учебном

учреждении. Проведенное исследование показало, что большинствуреспондентов интересно изучать иностранные языки, хотя и считают это достаточно сложным.

Тем не менее, большинство (76,9%) опрошенных считает, что знание иностранных языков необходимо для будущей профессии, это позволит узнавать о новых событиях в медицинской сфере через иноязычные источники, позволит общаться с иностранными коллегами и обмениваться с ними опытом. Некоторые предполагают, что, возможно, будут иметь дело с иностранными пациентами, которые не знают русского языка. Можно привести реальный пример из практики нашей студентки. Во время выезда с бригадой скорой помощи, ей пришлось столкнуться с иностранным пациентом, который по работе был направлен к нам в республику, и ни слова не знал по-русски. Используя знания, полученные на занятиях иностранного языка, она смогла расспросить его, узнать, что его беспокоит.

Несомненно, латинский язык является наиболее важным в медицине. Это отметили 94,9% респондентов. Особую роль играет латынь в фармакологии. Перевод лекарств на латинский язык — обычная практика для каждого нового препарата. А так же знание латинского языка гарантирует, что врачи в России поймут рецепт американского коллеги.

Таким образом, можно сделать вывод, знание иностранных языков позволяет будущему медицинскому работнику повышать свою квалификацию, а также увеличивать уровень своих знаний, развивать аналитическое мышления, улучшать память, повышать творческий потенциала. Знание языков открывает большие горизонты в области международных коммуникаций. Во время изучения языков человек постоянно сталкивается с неизвестными терминами и понятиями, а также совершенно новым мировоззрением. Это помогает повысить адаптационные способности – возможности приспосабливаться к изменяющимся условиям жизни.

Список литературы

1. Бурмистрова В.А., Нукештаева К.Е., Кактаев О.О. Значение английского языка в медицине // Современные научные исследования и инновации. 2017. № 2 [Электронный ресурс]. URL: http://web.snauka.ru/issues/2017/02/78089 (дата обращения: 08.02.2019).
2. https://scienceforum.ru/2014/article/2014001481.
3. https://lingvomed.ru/articles/zachem-nuzhna-latyn-v-medicine
4. https://studbooks.net/2098239/literatura/angliyskiy_medikam

ПОДВИГ МЕДИКОВ ТАССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Нуруллина А. Р.,
Сахиуллина А. И.,
обучающиеся 1 курса
научный руководитель
Шагвалиева Л. Ф.,
преподаватель,
ГАПОУ «НЧМК», г. Набережные Челны

22 июня 1941 года началась Великая Отечественная Война. Как и в целом по стране, в городе Набережные Челны началась перестройка всей жизни на военный лад. Весомый вклад в дело победы над врагом внесли медицинские работники. С первых дней войны началась мобилизация медицинских работников на фронт, многие уходили добровольцами. В июне-июле 1941 года из Набережночелнинской больницы ушли на фронт четыре врача из девяти, состоявших в штате, и тридцать шесть средних медицинских работников.

Возникла серьезная проблема - недостаток медицинских кадров в городе. Для ее решения были организованы курсы по подготовке медицинских сестер. Из отчета председателя РОКК Р. Клипникова от 3 марта 1942 года: «В 1941 году краткосрочные курсы закончили 53 человека и еще в начале 1942 года- 55 человек, в том числе старшеклассники общеобразовательных дневной и вечерней школ». Часть выпускников курсов РОКК закреплялась за медицинскими учреждениями города, большая часть - уходила на фронт, на передовую, работала в госпиталях, проявляя истинный героизм при спасении раненых [2, с.115].

Возвращение в строй свыше 72 % раненых и 90% больных, низкая летальность среди раненых, предотвращение эпидемий в действующей армии-таковы итоги работы военного здравоохранения, а если учесть, что количество раненых и больных в годы Великой Отечественной войны исчислялось миллионами, становится ясным, что медицинская служба являлась основным поставщиком резервов для действующей армии [3, с.210].

В годы войны Набережные Челны приняли эвакуированное детское и взрослое население из прифронтовых районов, в основном из Белоруссии. Особенно ответственной была работа по охране здоровья детей. Зачастую дети прибывали налегке, без теплой одежды, так как приходилось их эвакуировать непосредственно из пионерских лагерей и загородных детских садов, яслей. Всех их надо было разместить, устроить, обуть, одеть, накормить и лечить. В срочном порядке были развернуты два детских дома и два дома ребенка - в зданиях школы, городской библиотеки, в доме пионеров и в клубе лесозавода. Все дети были обеспечены питанием, одеждой, обувью за счет государства.

В связи с прибытием эвакуированных перед руководством города с особой остротой встала проблема обеспечить санитарное благополучие

города, не допустить вспышек инфекционных заболеваний.

Большую помощь в выявлении и устранении недостатков в санитарном состоянии территорий и помещений, где размещались эвакуированные дети, а также школ, детских садов, магазинов, столовых, промышленных предприятий оказывали медицинским работникам специально подготовленные из активной части населения сандружинники.

Обществом Красного Креста с участием врачей во всех школах города и района были организованы кружки по подготовке сандружин. По отчету председателя РОКК, за 1941 год только в школе имени Вахитова было подготовлено 127 дружинников [3, с.210].

Благодаря согласованной работе органов здравоохранения и общественности вспышек инфекционных заболеваний в городе и районе в годы войны удалось избежать.

С наступлением мирных дней эвакуированное население возвращалось в родные места. Уехали в далекую Белоруссию и ребята из Набережных Челнов, но не все. Остались самые маленькие - те, у которых война навсегда отняла родителей и дала им наименование - «осиротевшие» - и новую постоянную прописку: Набережные Челны, дом ребенка №6. Челнинцы окружили этих ребят теплотой и заботой, сделали все возможное, чтобы дети не чувствовали себя обездоленными. А те ребята, которые уехали в 1945 году в Белоруссию, в 1981 году вернулись в наш город, чтобы низко поклониться тем, в то в суровое лихолетье взял их под свою защиту [3, с.215].

Великая Отечественная война оставила неизгладимый след не только на фронтах, но и в тылу. В нашем регионе есть место, которое хранит память о тех тяжелых годах, а главное – подвиг медицинских работников. Это санаторий – «Тарловка».

В годы Великой Отечественной войны, с октября 1941 года по октябрь 1945 года, в санатории был размещен эвакогоспиталь для раненых.

1941…Начало войны. Тысячи совсем юных девчонок взялись за изучение санитарного дела, стараясь хоть чем-то помочь в этой страшной войне. В городе Набережные Челны были организованы 6-ти месячные курсы по подготовке медсестер. По словам Е.Г. Забродиной, секретаря райкома ВЛКСМ с 1940 года и по 1942 год, как минимум, 60 девушек закончили эти курсы без отрыва от производства. В те же дни в районной газете «Знамя коммунизма» было опубликовано следующее обращение:

«Мы, девушки-комсомолки г. Набережные Челны, в ответ на происки врага, начали изучать медицинское дело без отрыва от производства. Если потребуется, то по первому зову партии и правительства встанем в ряды воинов Красной Армии, пойдем на защиту нашей Родины. Призываем всех девушек района следовать нашему примеру, развернуть подготовку на значки ГСЩ I и II степеней, наладить работу первичных организаций РОКК». Под обращением подписалось 35 девушек. В целом же по Татарстану более 7,5 тысяч было привлечено к учебе в школах медсестер, на санитарных курсах и в дружинах. Многие из них ушли на фронт, многие погибли. Те, кто не попал на фронт, оказывали большую помощь раненым,

прибывающим в Татарию с фронтов Великой Отечественной войны. Такую квалифицированную помощь получали и раненые, которые лечились в госпитале в поселке «Тарловка» [1, с.15].

История - не что иное, как судьба людей, - говорят в народе. Вот лишь частица истории жизни двух героинь: Шайхутдиновой Магсумы Шайхутдиновны, Шакуровой Маймуны Курамшовны, которых объединила не только Великая Отечественная война. Они родились в одной деревне, учились в одном классе. Закончив медицинское училище, были направлены в эвакогоспиаль «Тарловка». После медицинского училища их отправили работать медсестрами в эвакогоспиталь № 4089 (что в поселке Тарловка). После нападения на нашу страну фашистской Германии госпиталь № 4089 спас около 10 тысяч раненых сол дат, имевших различные формы туберкулеза [1, с.15].

Из рассказов Шайхутдиновой М.Ш. Шакуровой М. К.: «Помогали, как могли: делали операции, использовали симптоматическое лечение т.к. на специфическое лечение часто не хватало средств. Из лекарственных препаратов в то время были только камфора, аспирин, кофе ин. Широко применяли кумыс, который стимулировал заживление ран, срастание переломов, укреплял организм, на бойцов оказывал просто исцеляющее действие. Зимой раненых привози ли на лошадях из железнодорожной станции Сюгинск (ныне г. Можга. республика Удмуртия), а туда привозили на поезде. Летом они поступали на пароходе «Ленинград» по Каме. После этого многих больных туберкулезом перевозили в Алтайский край на долечивание. В госпитале работали опытные, закаленные временем врачи, среди которых были и эвакуированные из Ленинграда. Были и москвичи: профессор Гельман А.Т. со своей женой Азой Израилевной.

Весь медицинский персонал госпиталя работал, не жалея собственных сил. Нас могли поднять в любое время суток, чтобы принять раненых. После отработанной смены нас оставляли сидетьиндивидуально с каждым умирающим больным». Некоторые из них не выживали и умирали на наших руках. Но как бы сурова и тяжела ни была война, молодость все равно давала о себе знать. Шакурова М.К. с улыбкой вспоминает, как с удовольствием ходила на танцы, которые в госпитале устраивали для больных и раненых солдат. Пообщаться, повеселиться приходили не только работники госпиталя, но и самые молодые девушки из поселка «Тарловка». «Да, мы жили в нелегкое время, у нас не было всего того, что есть сейчас у вас. Но мы имели любимую профессию, а занятие любимым делом всегда приносило нам радость. Я работала медсестрой в госпитале и никогда не буду жалеть об этом. Скольких людей мы поставили на ноги, а ведь в помощи людям заключается великое «милосердие твоей души!» [1, с.16].

В настоящее время, с 2000 года, санаторий «Тарловский» является единственным санаторием для лечения туберкулеза органов дыхание в Республике Татарстан.

Литература

1. Две судьбы// Гиппократ, Набережные Челны, 2005.- 25 с.

2. Гильманов З.И. ТАССР в Великой Отечественной войне/ З.И. Гильманов, Казань, 1976.- 316 с.

3. Подвиг милосердия. Очерки истории здравоохранения города Набережных Челнов/Под ред. Р.А. Щеблановой, Ф.Г. Ахмеровой, Набережные Челны, 2001.- 320 с.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ

Хомина К.В.,
обучающаяся 3 курса
научные руководители
Гафурова И.Х., Арасланова В.М.,
преподаватели,
ГАПОУ «КМК», г. Казань

Ценность - очень сложное многоаспектное явление. Именно оно является важной составляющей формирования общества. Современный период человечества характеризуется динамичным развитием, скоротечностью социальных процессов, системными политическими и экономическими кризисами, изменениями набора ценностей, охватывающих все слои современного общества. Молодежь - самая динамичная, энергичная и критически мыслящая часть общества. Фактически, человек постоянно находится в ситуации ценностного выбора, чего бы ни коснулась сфера его многообразных интересов. Все это представляет большой интерес в изучении этой социологической темы [3, с.70].

Актуальность данной работы определяется тем, что ценности молодежи подвергаются значительным изменениям. Свое становление современная молодежь проходит в условиях формирования новых социальных отношений, в период глобализации и информатизации общества, в период социокультурных перемен. Происходит размытие ценностных основ и традиционной общественной морали, ослабление культурной преемственности. Все чаще наблюдается процесс заимствования современных «демократических западноевропейских ценностных моделей» поведения, тем самым меняя полюса культуры. В современном «обществе потребления» происходит культурное и нравственное отчуждение. XXI век характеризуется утратой межличностного взаимодействия, следованием технологическому прогрессу, культу вещей и материальных благ. Молодое поколение - это особая социальная группа, находящаяся в стадии формирования структуры ценностной системы, становления и выбора профессионального и жизненного пути. Данная группа является группой риска [4, с.87].

Для современного общества аксиологическая проблематика актуальна, особенно в кризисные явления, в периоды, когда происходят изменения в социальной структуре общества и утверждается новая нормативно -

ценностная модель. Система ценностей имеет прямое отражение поведения и мотивов молодого человека, его профессиональных и личностных качеств. Проблема нравственных и культурных ценностей складывается в течение нескольких лет, их становление - это долгий процесс. Формируются они под воздействием жизненного уклада, идеологии, в течение долгих исторических периодов, на индивидуальном уровне и на уровне государственной политики. Наука заинтересована в изучении механизмов формирования ценностей молодежи, общей культуры, которые определяют жизненные стратегии и модели поведения современного человека.

Социализации молодежи - сложный социальный процесс. Это связано с переоценкой традиций, норм и ценностей. В политически и экономически неустойчивом обществе молодежь все меньше опирается на опыт предыдущих поколений, теперь молодые люди осваивают и создают новый социальный опыт, который формирует поведение современной молодежи. В настоящее время современным молодым людям многие нормы морали кажутся устаревшими, обременительными, ограничивающими их свободу, волю и индивидуальность. Эти представления, полученные в период молодости, сохраняются неизменными практически в течение всей жизни. Известно, что ценностные предпочтения оказывают влияние на выбор места личности в обществе, а также на определение своей референтной группы.

В современной науке возросла роль социологических исследований, системы ценностных ориентаций молодежи, по результатам которых можно проследить взаимосвязь ценностных ориентаций и модели поведения молодежи, понять механизм формирования профессиональных предпочтений, а также изучить социальные условия, в которых формируется и раскрывается молодая личность. Наука изучает, что сегодня составляет жизненные ориентиры человека. И что необходимо сделать для того, чтобы направить эти ориентиры в правильное русло [1, с.34].

Можно говорить о трех формах существования ценности:

1) она выступает как общественный идеал, как выработанное сознанием общественным, содержащееся в нем абстрактное представление об атрибутах должного в различных сферах жизни общественной; такие ценности могут быть и общечеловеческими, "вечными" (истина, красота, справедливость), и конкретно-историческими (патриархат, равенство, демократия);

2) она предстает в объективированной форме в виде произведений материальной и духовной культуры либо человеческих поступков - конкретных предметных воплощений общественных ценностных идеалов (этических, эстетических, политических, правовых и пр.);

3) ценности социальные, преломляясь через призму индивидуальной жизнедеятельности, входят в психологическую структуру личности как ценности личностные - один из источников мотивации ее поведения. Каждому человеку присуща индивидуальная, специфическая иерархия ценностей личностных, служащих связующим звеном между духовной культурой общества и духовным миром личности, между бытием

общественным и индивидуальным. Система их складывается в процессе деятельности индивида. Как правило, для ценностей личностных характерна высокая осознанность; они отражаются в сознании в виде ориентации ценностных и служат важным фактором регуляции социальной взаимоотношений людей и поведения индивида [3. с.67].

Изучение ценностных приоритетов молодежной группы дает возможность выявить реальную степень включенности молодых людей в общественные отношения, определить их адаптационные способности, охарактеризовать инновационный потенциал молодежи, от которого во многом зависит будущее состояние общества, понять отношение молодежи к отечественной культуре, ее истории, традициям, изучить самосознание студенческой молодежи [2, с. 348].

На вопрос «Уверены ли студенты в своих планах на будущее?» 78%-респондентов высказали полную уверенность в планах на будущее. Вопрос вызвал затруднение примерно у 14% респондентов, “нет” на данный вопрос ответили -8% студентов (табл. 1).

Таблица 1

“Уверены ли вы в своих планах на будущее?”

	Кол-во,%
Да	78
Нет	8
Затрудняюсь ответить	14

Анализ результатов показал, что, несмотря на некоторую неустойчивость развития страны в экономическом плане, студенческая молодежь обладает уверенностью в своих планах на будущее.

Мы попытались узнать, на кого возлагает надежды в осуществлении своих планов студенческая молодежь. Несомненно, молодежь, являясь одной из неустойчивых в социальном отношении, категорией населения, в осуществлении своих планов не может надеяться только на себя. Результаты оказались следующими: 58 % опрошенных надеются в осуществлении своих планов только на себя, 36% -студентов доверяют свою судьбу родителям, помощи от друзей ждут 4% респондентов, на правительство региона и государство надеяться 1% респондентов (табл.2).

Таблица 2

“На чью помощь вы надеетесь при осуществлении своих планов?”

	Кол-во,%
Родители	36
Друзья	4
Правительство региона	1
Государство	1
Только на себя	58

Анализ результатов показал, что категория студентов, которая надеется на помощь родителей зачастую относится к возрастной категории от 15 до 20 лет. Важным является то, что родители должны оказывать достойную поддержку в материальной и духовной сферах жизни этой возрастной категории студентов. Это, прежде всего помощь при получении образования

и другие не менее важные аспекты развития молодого поколения.

Но все, же большинство исследуемых студентов надеются только на себя. По нашему мнению, это довольно не плохо. С раннего возраста молодое поколение должно учится принимать те или иные решения, становится более практичным, чаще задумывается о завтрашнем дне, подчас лучше своих родителей ориентируясь в тех или иных экономических условиях.

При ответе на вопрос “Как часто вы задумываетесь над смыслом жизни?”, получены следующие ответы: часто задумываются над смыслом жизни – 58%, иногда – 29%, редко – 9%, затрудняются ответить – 2%, никогда – 2% (табл.3):

Таблица 3

“Как часто Вы задумываетесь о смысле жизни?”

	Кол-во,%
Часто	58
Иногда	29
Редко	9
Никогда	2
Затрудняюсь ответить	2

При ответе на вопрос: “Уверены ли вы, что сможете реализовать свои жизненные планы?” получены следующие результаты: 35% - студентов не совсем уверена в реализации своих планов на будущее, 64%- высказали полную уверенность в завтрашнем дне и совсем неуверенных в достижении поставленных целей всего лишь - 1% студентов (табл.4).

Таблица 4

“Уверены ли вы, что сможете реализовать свои планы на будущее?”

	Кол-во,%
Совсем неуверен	1
Не совсем уверен	35
Полностью уверен	64

Говоря о ценностных ориентациях студенческой молодежи невозможно не затронуть вопроса о желаниях и приоритетах нынешней молодежи. На вопрос “Чего бы Вам больше всего хотелось добиться в жизни?» получены следующие результаты желает обрести семейное счастье – 45%, сделать карьеру хотят – 9% и настоящей любви хотят 3%.Также молодежь хочет в будущем стать квалифицированными специалистами, быть свободными и независимыми. В число своих заветных желаний студенческая молодежь включает также богатство (табл.5).

Таблица 5

“Чего бы Вы больше хотели добиться в жизни?”

	Кол-во,%
Семейного счастья	45
Богатства	2
Власти	-
Славы	-
Покоя и возможности ни во что не	0,3

вмешиваться	
Иметь возможность реализовать свой талант	3
Быть свободным и независимым	8
Сделать карьеру	9
Стать квалифицированным специалистом	14
Принести пользу человечеству	16
Настоящей любви	3

Полученные данные свидетельствуют о том, что нынешняя молодежь больше всего уверена в том, что создаст прочную и счастливую семью. Это говорит о том, что студенты несмотря ни на что, дорожат и ценят семью и относится к ее созданию с большой серьезностью.

И заключение хочется сказать, что молодежь, как неотъемлемая часть любого общества, вовлеченная в многочисленные процессы модернизации и стабилизации социума, является не только своеобразным индикатором происходящих перемен, но и формирует потенциал будущего инновационного общества. Важную роль в интеграции системы личности и социума играю ценности. Молодёжь является довольно широкой социально-демографической группой. Изучение молодежи всегда сложный процесс. Молодежь глубже всех других возрастных групп улавливает "дух времени", острее переживает все изменения, происходящие в обществе.

Литература

1. Добреньков В.И. Современная американская социология. М.: Изд-во МГУ, 2005. - 38с.
2. Иванов А.В., Миронов В.В. Университетские лекции по метафизике. Философия.- М.: «Современные тетради», 2004. - 647с.
3. Здравомыслов А.Г. Потребности, интересы, ценности. М.: Политиздат, - 2001. - 74с.
4. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова / Под. ред. Б. С. Братуся, Е. Е. Соколовой.- М.: Смысл, 2006 (а). 85-105с

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Шавкунова Е.С.,
Горелкина А.А.,
обучающиеся 1 курса
научный руководитель
Мерзлякова А.И.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «БМК», г. Балаково

Природа наделила человека здравым умом, сбалансированным самодостаточным организмом и неисчерпаемыми физическими и эмоциональными возможностями. Однако распоряжаться этим бесценным даром, именуемым здоровьем, умеет далеко не каждый. Ежедневно мы, сами

того не замечая, подрываем своё здоровье множеством неправильных поступков, часть из которых постепенно переходит в разряд вредных привычек. И речь здесь идёт не только о наиболее опасных из них: наркотической зависимости, алкоголизме и курении. Безусловно, эти пристрастия занимают лидирующие позиции в списке основных способов саморазрушения, способных полностью изменить личность, за короткое время разрушить здоровье, а возможно и лишить жизни.

Однако необъятный перечень вредных привычек этим не ограничивается — отсутствие здравого отношения к любому аспекту своей жизни, будь то пищевое поведение, режим дня, физическая активность или духовное развитие, может оказаться не менее опасным для физиологического и психологического здоровья человека.

Привы́чка — сложившийся способ поведения, осуществление которого в определённой ситуации приобретает для индивида характер потребности[1], которые «побуждают совершать какие-нибудь действия, поступки».
Считается, что для формирования той или иной привычки необходимо повторять одно и то же действие в течение 21 дня. Однако практика показывает, что это правило распространяется в основном на полезные привычки, а вредные, к сожалению, формируются куда быстрее. Иногда всего одного раза достаточно, чтобы в организме появилась стойкая тяга к повторению разрушительного поступка, который искусственным образом принёс временное удовлетворение. Именно в этом и кроется главная опасность негативного влияния вредных привычек на организм: сильнейшая психологическая или физиологическая зависимость развивается неоправданно быстро, а вот избавиться от неё куда сложнее, чем кажется на первый взгляд.

Любая привычка человека, плохая или хорошая, призвана приносить удовольствие. Именно этим объясняется быстрота привыкания и длительность действия.

Разновидности наиболее известных вредных привычек:

1. **Алкоголизм** - заболевание, характеризующееся психофизической зависимостью от алкоголя, в основе которой лежит включение алкоголя в обменные процессы организма.
2. **Наркомания** - Болезненное влечение или пристрастие к наркотическим веществам, употребляемым различными способами (глотание, вдыхание, внутривенная инъекция) с целью добиться одурманивающего состояния или снять боль.
3. **Никотиновая зависимость** – это состояние патологического влечения к табаку, которое рано или поздно развивается у 90% курильщиков. 60% хронических курильщиков, имеющих никотиновую зависимость, честно признают себя наркоманами, которые были бы рады отказаться от своей привычки, но не в состоянии этого сделать.

Алкоголь губительно воздействует не только на физическое здоровье человека, но и поражает психику. Даже частое употребление спиртных напитков способно негативно воздействовать на состояние организма.

Спиртное хорошо растворяется в водной среде и жирах, поэтому поступая в желудок, алкоголь в короткие сроки распространяется по всем органам. Достигая головного мозга, вещество вызывает кислородное голодание, проявляясь радостью и эйфорией. По пути продвижения негативному воздействию подвергаются:

- ротовая полость – ожоги;
- пищевод и слизистая оболочка желудка – раздражение;
- тонкий кишечник – спазм нервных окончаний, сужение кровеносных сосудов;
- печень – отравление производными при расщеплении алкоголя;
- мочевыводящая система – повышенная нагрузка, отравление токсинами;
- половая сфера – снижается активность сперматозоидов у мужчин, сбивается менструальный курс у женщин.

Систематическое употребление спиртных напитков ведет к ослаблению всех функций организма, понижению иммунитета, возникновению злокачественных новообразований, снижению умственных функций, потере памяти, деградации личности. Пьющие родители дают дурной пример своим детям. При наступлении новой беременности треть детей рождается с явными отклонениями физического и умственного развития. Заболевания могут передаваться по наследству, даже если рожденный у алкоголиков ребенок здоров.

Длительность жизни сокращается на 15-20 лет.

Наркомания, пожалуй, является наиболее обсуждаемой, серьёзной и смертельно опасной вредной привычкой. Психотропные вещества изготавливаются из синтетических или природных материалов, но последствия их употребления не зависят от способа производства. Привыкание к наркотикам имеет очень краткий период. Для достижения удовольствия требуется постоянно увеличивать дозу. Человек полностью деградирует за короткий срок, готовый на любой поступок ради укола или таблетки. Наиболее часто возникают заболевания: гепатит, сифилис, нарывы в месте уколов, воспаления вен, сердечная недостаточность, столбняк, пневмонии.

Срок жизни наркомана ограничивается 5-10 годами со времени начала приема наркотиков.

Курение – одна из наиболее коварных вредных привычек. С одной стороны, табачный дым стал настолько обыденным и повседневным, что подсознательно не всегда воспринимается как токсичный яд. Вдыхание канцерогенных составляющих табачного дыма негативно воздействует на организм человека, приводя к быстрому старению и преждевременной смерти.

Статистика по заболеваниям легких:

- легочный туберкулез — 95% курильщиков;
- среди пораженных раком легких — 10% курящих;
- пневмонией заболевают курящие в 50% случаев.

Никотин считается легким наркотиком. Чтобы полностью исчезла тяга к курению, требуется 6 лет. В противном случае отказ от курева имеет временное действие: при выкуривании 1-2 сигарет, зависимость снова возвращается.

Курящего человека отличают внешние признаки:

- огрубевший, даже у женщин, голос;
- сморщенная не по возрасту кожа лица с желтоватым оттенком;
- утренний кашель, проходящий в течение дня;
- зубы покрываются желтым налетом, разрушается наружная эмаль;
- начинается кровоточивость десен, расшатываются зубы.

У женщин может провоцироваться ранний климакс, у мужчин развивается бесплодие. Окружающие люди становятся «пассивными курильщиками», вдыхая наполненный табачным дымом воздух. У подростков, начавших курить, происходит умственная и физическая деградация, снижается успеваемость в школе.

Причины и факторы возникновения вредных привычек

Начало приобщения к вредным привычкам, как правило, относится к подростковому возрасту. Можно выделить следующие группы основных причин приобщения молодежи к вредным привычкам:

1. **Наследственность**

Существуют генетические факторы, которые не зависят от поведения людей. У человека с рождения может быть повышенный уровень гормона дофамина. Тогда ему будет свойственно постоянно искать новые ощущения, идти на риск. При определенных обстоятельствах чем-то новым могут стать, например, наркотики.

2. **Общество**

Часто вредные привычки позволяют быть «своим» в компании. Многие подростки хотят казаться взрослыми. Именно для достижения этой цели они и начинают пить, курить и материться.

3.**Способ успокоиться, уйти от проблем**

Спиртное и сигареты являются очень распространенными способами борьбы со стрессом. Многие проблемы также очень просто «решаются» с помощью алкоголя и наркотиков. Человек смотрит на ситуацию другими глазами и перестает видеть проблему. Но это продолжается недолгои обычно только ухудшает положение дел.

4. **Отсутствие внутренней дисциплины и чувства ответственности**

Из-за этого молодые люди часто вступают в конфликт с теми, от кого они находятся в определенной зависимости. Но при этом они имеют достаточно высокие запросы, хотя сами не в состоянии их удовлетворить, потому что не обладают для этого, ни соответствующей подготовкой, ни социальными, ни материальными возможностями. В этом случае вредные привычки становятся своеобразным бунтарством, протестом против исповедуемых взрослыми или обществом ценностей.

5. **Экспериментирование**

Когда человек слышит от окружающих о приятных ощущениях

отупотребление вредных веществ, он, хотя и знает об их пагубных влияниях на организм, хочет сам испытать эти ощущения. К счастью, большинство экспериментирующих этим этапом знакомства с вредными веществами и ограничивается. Но если человеку свойственны и еще какие-либо из указанных провоцирующих причин, то этот этап становится первым шагом к формированию вредных привычек.

Литература

1. http://lifeveda.ru/vredniye-privichki-ih-vliyanie-na-zdorovye-cheloveka/
2. https://www.oum.ru/literature/zdorovje/vrednye-privychki-i-ikh-vliyanie-na-zdorove/
3. Большая советская энциклопедия, 3-е изд., статья «Привычка»
4. http://nkb5.ru/wp-content/uploads/ugolok/nikotin.pdf
5. https://ru.wikipedia.org/

Направление «Техническое»

ПРЕДПРОЕКТНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ АДРЕСНОМ ПРОЕКТИРОВАНИИ ОДЕЖДЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Захарук А.Д.,
обучающаяся 4 курса
научный руководитель
Холодковская Г.Е.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМГК», г.Сызрань

Исходный пункт творчества дизайнера - потребности человека и общества. Их он должен изучать, знать, чувствовать и претворять в предметные формы и образы, возникающие как отклик на потребности. Основа дизайна - всесторонний учет общественных потребностей, анализ современных и перспективных направлений моды. Методика дизайна основана на последовательном применении методов анализа и синтеза [1].

Предпроектные исследования - это проводимые на начальном этапе проектирования исследования и анализ данных о желаемых функциях вещи или комплекса вещей либо среды, об облике проектируемого изделия и среды, о способе изготовления, о наличии аналогов предполагаемого объекта [2]. Целью предпроектных исследований является сбор информации о потребителе и рынках сбыта выпускаемой продукции, обоснование выбора проектируемого ассортимента.

Дизайнеры создают свои коллекции, стараясь удовлетворить широкий круг потребителей. Однако потребительский рынок не является однородным, люди предъявляют к одежде различные требования в зависимости от возраста, типа фигуры, профессиональной деятельности, отношения к моде, имеют различные вкусы и предпочтения. Именно поэтому адресное проектирование в настоящее время становится актуальным. Адресное проектирование направлено на удовлетворение потребностей конкретных целевых групп потребителей: дети, женщины, беременные, мужчины, пожилые люди и люди с ограниченными возможностями [3].

Одежда для женщин в период беременности относится к изделиям повышенной социальной значимости. Это обусловлено тем, что она играет важную роль в обеспечении как здоровья женщины и ее будущего ребенка, так и ее психологического комфорта. Независимо от физического состояния и изменения фигуры женщина стремится выглядеть элегантно, носить актуальную, но при этом удобную одежду. Именно одежда способствует психологическому комфорту женщины и ее внешней привлекательности. Ушли в далекое прошлое времена, когда женщины старались скрыть изменения размеров и формы тела в период беременности. Современная медицина позволяет женщине самой планировать свою беременность, а, следовательно, этот период сопровождается гордостью за свое положение и

желанием быть красивой.

Целью предпринимаемого исследования является обоснование дизайнерских решений проектируемого ассортимента одежды для беременных женщин, отвечающей предпочтениям потенциальных потребителей, на основе применения современных материалов.

Цель исследования определила основные задачи:

- установить требования к одежде для беременных;
- установить требования к материалам для одежды для беременных;
- выявить особенности композиционного решения одежды для беременных;
- определить конструктивные решения и способы формообразования;
- определить предпочтения потенциальных потребителей относительно ассортимента изделий на основе данных проведенного автором опроса.

Объектом исследования является процесс проектирования одежды для беременных, отвечающей предпочтениям потребителей.

Предметом исследования являются проектные компоненты дизайна – изделия, которые являются ключевыми в формировании рационального гардероба, привлекательного для конкретной целевой группы потребителей.

Методы исследования: анализ литературы, интернет-источников; обобщение опыта деятельности дизайнеров по созданию адресных коллекций для беременных; эмпирические (анкетирование, опрос); метод статистической обработки материалов; проектный метод.

При проектировании одежды для беременных дизайнер должен учитывать изменения формы тела, которые претерпевает женщина. Антропометрическими исследованиями доказано, что за период беременности у женщин окружность живота в среднем увеличивается на 30 см. Динамика увеличения наиболее заметна после третьего месяца, когда происходит активное формирование плода. Именно в этот период женщине необходима комфортная одежда, которая не стесняет движений и не ограничивает рост живота.

К одежде для беременных предъявляется ряд требований: функциональные, эргономические, гигиенические, эстетические требования, а также требования надежности и экономичности.

Функциональные требования определяют условия, при которых одежда для беременных эффективно выполняет свои функции и сохраняет полезные свойства в течение установленного срока ее эксплуатации. Для обеспечения психофизиологического соответствия одежды необходимо предусматривать наличие карманов, удобство пользования застежками и средствами регулирования формы и размера изделия, которые должны располагаться в передней или боковой части изделия. Модели одежды должны быть простыми и удобными в стирке, чистке, при влажно-тепловой обработке.

Основным эргономическим требованиям является требование антропометрического соответствия одежды размерам и форме женщины на протяжении всего периода эксплуатации изделия.

Для того чтобы удовлетворить функциональные и эргономические

требования, конструкция одежды для беременных должна обеспечивать свободу движения, дыхания, кровообращения, поэтому целесообразным является использование конструкций прямого, трапециевидного силуэтов, свободной формы. Опорная поверхность должна располагаться на плечевом поясе. Предпочтительной является плечевая одежда.

Одежда должна быть легкой, то есть иметь минимально возможную массу, что позволит предупредить утомляемость и затруднение активности беременных женщин.

Гигиенические требования, в первую очередь, касаются свойств используемых материалов для изготовления одежды для беременных. Дизайнер должен использовать мягкие, влагоемкие, легко стираемые ткани, преимущественно натуральные, с незначительным добавлением искусственных волокон. Такие материалы способствуют правильной регулировке теплоотдачи, вентиляции, не вызывают раздражений и аллергических реакций. Этим условиям максимально соответствуют нежный трикотаж, хлопок и лен. Одежда для беременных не должна содержать синтетических волокон и тяжелой фурнитуры (пуговиц, пряжек, цепочек).

Эстетические требования диктует мода. В последнее время особенно сильно проявляется тенденция к открытому демонстрированию беременности. Одежда для женщин в период беременности должна соответствовать их потребительским предпочтениям, которые формируются под влиянием следующих факторов: социальное положение, возраст, срок беременности, психологический тип женщины. Стили и тенденции моды практически ничем не отличаются от общепринятых, за исключением цветовой гаммы: она может быть более спокойной, пастельной или «детской».

Надежность одежды определяется безотказностью функционирования всех элементов конструкции и восстанавливаемостью после стирки. Долговечность, ремонтопригодность и формоустойчивость не являются первостепенными, так как срок службы такой одежды ограничен сроком беременности.

Экономические требования зависят от следующих факторов: затрат на приобретение изделия, стоимостью ухода за ним, длительностью эксплуатации. Согласно проведенному исследованию, женщины отдают предпочтение недорогой высококачественной универсальной одежде, предназначенной для эксплуатации в дородовой период, удобной для выполнения домашней работы в бытовых условиях [4].

Создание одежды для будущих мам требует особого композиционного решения. Для гармоничного восприятия фигуры необходимо использовать зрительные иллюзии, которые позволяют корректировать телосложение, увеличивая продольные или вертикальные размеры тела и сокращая горизонтальные (поперечные). Это иллюзия «переоценки вертикали» и другие. Цветовое решение должно быть спокойным, основанным на светлых цветах. Правильное размещение композиционного центра является важной эстетической задачей из-за отсутствия выраженной талии. Целесообразно

центр внимания перенести в верхнюю часть фигуры, в область плечевого пояса.

Изменяющаяся форма тела беременной женщины диктует применение рациональных конструктивных решений и способов формообразования, основанных на следующих принципах: коническое расширение, локальное стягивание, складки, использование эластичного материала, вставки, преобразующие форму, свободный крой.

В ходе исследования было проведено изучение потребительских предпочтений путем анкетирования аудитории. Основные задачи опроса - в определении основных предпочтений и требований потребителей к одежде для беременных и материалам для нее.

Социологическое исследование проведено с помощью методики опроса, заключающейся в анкетировании в сети Интернет в группе для будущих мам одной из социальных сетей. Особенности данного метода заключаются в том, что он позволяет получать первичную и разнообразную информацию об отношении женщин к выбору одежды, о мотивах поведения и ценностных ориентациях при совершении покупки. Данный метод позволил охватить массовую аудиторию.

В опросе приняли участие 631 человек. 70% (443 чел.) опрошенных покупали во время беременности специальную одежду, 22% (1365 чел.) не покупали, 9% (52 чел.) брали у подруги. Выявлены следующие предпочтения относительно ассортимента изделий для будущей мамы:

- брюки универсального цвета с эластичной вставкой на животе;
- юбка с эластичным поясом;
- удлиненный кардиган;
- туника А-силуэта в комплекте плотными колготами, леггинсами, джинсами или брюками;
- просторная рубашка по типу мужской, комплектующаяся в кардиганом, свитером или свитшотом;
- свитшот свободной формы или свитер в стиле «оверсайз»;
- леггинсы;
- платье с запахом, платье-рубашка, платье А-силуэта или платье с застежкой или поясом под грудью;
- пончо, палантины, большие шарфы;
- удлиненные футболки и майки разной длины;
- домашняя одежда: пижама, платье-халат, брючный костюм;
- обувь на низком каблуке или плоской подошве.

В основе адресного подхода к проектированию одежды заложено стремление человека к максимальной гармонии с условиями жизнедеятельности. Концепция адресного проектирования заключается во всестороннем анализе и учете персонифицированных требований потребителей, в результате которого определяется, для кого разрабатывается изделий и какие потребности оно должно удовлетворять. Концепции адресного проектирования должны придерживаться дизайнеры.

Таким образом, на основе предпроектного исследования при адресном

проектировании одежды для беременных, в основе которого лежит концепция сотворчества потребителя и дизайнера, а также с помощью изучения предпочтений потребительской аудитории сформулирована концепция коллекции моделей одежды для беременных женщин. Данные исследования будут использованы при изготовлении коллекции одежды для беременных.

Литература

1.Дизайн: словарь-справочник / [авт.-сост. Минервин Г. Б. и др.]. – Москва: «Архитектура-С», 2004, 288 с.

2.Промышленный дизайн: (в мире дизайна) [Электронный ресурс] / Л.К. Болышев, Т. А. Мамонтова // дизайнерский портал – 2007. – адрес сайта: http://www.designsuit.ru.

3. Сафина Л.А. Проектирование костюма: учебник / Л.А. Сафина. – Казань: ИД «МеДДок». 2017 г. – 296 с.: ил.

4. Густова Е.Н. Разработка технологии проектирования одежды для женщин в до- и послеродовой период: дисс.канд.тех. наук : 05.19.04. – Москва, 2003. – 344 с.: ил.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА - СОВРЕМЕННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Кабдошева А. А., Кударова К. Е.
обучающиеся 3 курса
научный руководитель
Сарсенбаева Ж. Б.,
преподаватель,
ГКП на ПХВ «ЗКВМК», г. Уральск

Цель исследовательской работы: исследование внедрения новых методов лечения и диагностики.

Задачи исследовательской работы:

- изучение и анализ возможностей телемедицины и телеметрии.
- провести анализ на эффективность применения телемедицины и телеметрии в оперативной помощи и консультации пациентов, на примере областной клинической больницы и областного кардиологического центра Западно - Казахстанской области;

Введение

Глава государства в Послании народу Казахстана отметил необходимость повысить доступность и эффективность медицинской помощи через интеграцию информационных систем, использование мобильных цифровых приложений, внедрение электронных паспортов здоровья и переход на "безбумажные" больницы.

В целях достижения главной цели Послания Президента Республики Казахстан «Стратегия «Казахстан-2050»; новый политический курс состоявшегося государства» по вхождению Казахстана в число 30-ти развитых стран мира, деятельность Министерство здравоохранения

Республики Казахстан направлена на улучшение здоровья граждан путем создания современной эффективной системы здравоохранения.

Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, с целью обеспечения доступности специализированной медицинской помощи сельскому населению, в рамках Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», в 14-ти областях, в городах Астане и Алматы, создана и успешно функционирует Национальная телемедицинская сеть Республики Казахстан.

Внедрение телемедицины в стране проходит в три этапа. На первом этапе (2004-2008гг.) в пилотном виде она была запущена в 40 медицинских организациях. Второй этап (2009-2011гг.) включил в себя областные и 33 районные больницы. Завершается третий этап, благодаря которому в 204 медицинских организациях имеется необходимое оборудование.

Телемедицина – область медицины, использующая телекоммуникационные и компьютерные технологии для предоставления медицинской помощи и услуг в сфере здравоохранения между отдаленными друг от друга пунктами (медицинскими учреждениями, пациентами и врачами, представителями здравоохранения и т.д.), целью которой является предоставление качественных медицинских услуг любому гражданину Республики независимо от его местонахождения и в актуальные сроки.

Телемедицинская консультация сегодня – это возможность для сельских врачей и пациентов, в режиме реального времени, обсудить с узкоквалифицированными врачами особенности диагностики и лечения больных без выезда в другой город, без дополнительных затрат и потери времени.

На сегодняшний день НТМС объединяет 204 объекта здравоохранения Республики Казахстан районного, областного и республиканского уровней в т.ч.: 142 районные больницы, 37 областных и городских больниц, 25 республиканских клиник. На районном уровне пациентам доступны высококвалифицированная медицинская помощь в виде телемедицинских консультаций от областных больниц, республиканских клиник.

За время функционирования НТМС было проведено 178 тыс. телемедицинских и видео-консультаций. В 2016 году специалисты 15 региональных больниц, областной детской клинической больницы Шымкента и 14 государственных клиник провели 28 060 телемедицинских и видео-консультаций, из которых 26 252 были проведены региональными больницами и 1808 - государственными клиниками. В тот же период сеть телемедицины использовалась для проведения 7477 радиографических, 7498 электрокардиографических и 1563 ультразвуковых исследований. В Казахстане наиболее частыми телеконсультациями в 2016 году были консультации в области кардиологии (16,7% всех консультаций), пульмонологии (13%) и неврологии (9,7%).

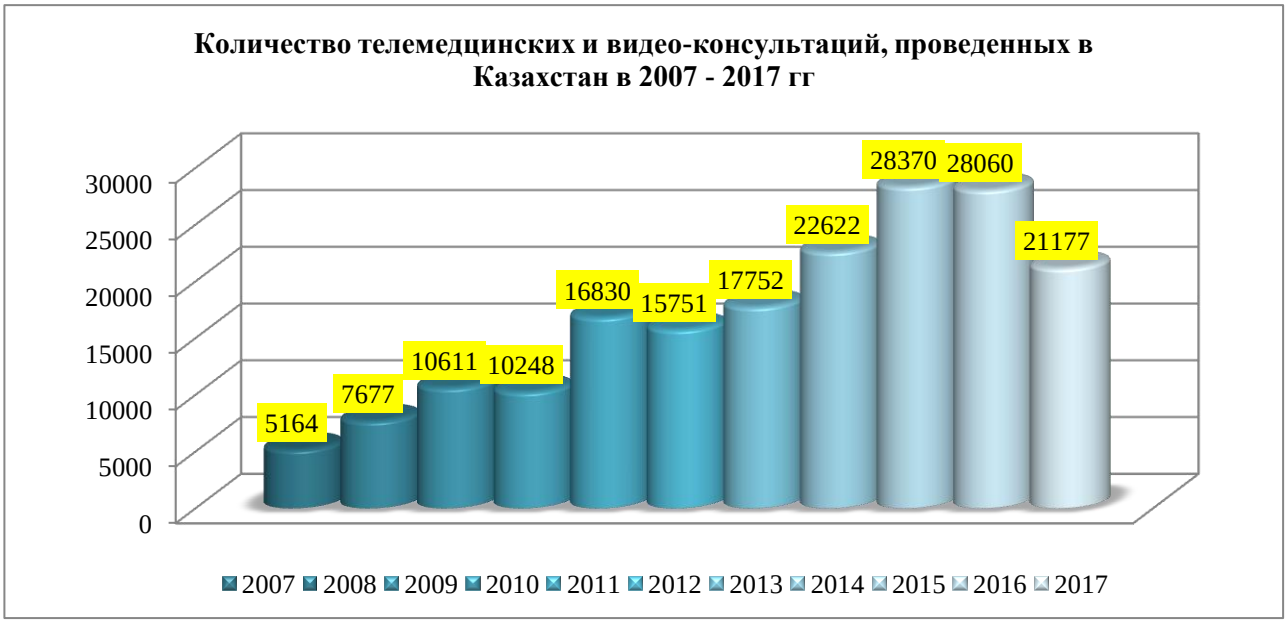


Рисунок 1. Мониторинг телемедцинских и видео-консультаций (2007-2017 гг)

Наиболее эффективно используют возможности телемедицины в учреждениях здравоохранения Карагандинской, Южно-Казахстанской, Мангистауской и Западно - Казахстанской областей. Самыми востребованными специалистами среди пациентов являются кардиологи, пульмонологи и неврологи.

Телемедицина и видеоконференцсвязь в Западно - Казахстанской области стали важной частью организации системы здравоохранения в регионе. Использование телемедицинских технологий дает возможность оказывать своевременную и качественную медицинскую помощь населению отдаленных и труднодоступных территорий ЗКО. С их помощью появилась возможность в постоянном плановом режиме отслеживать состояние больных группы риска (патология беременности, онкологические больные и др.), проводить консилиумы врачей городских и районных больниц Западно - Казахстанской области с ведущими специалистами областных клиник и областных медицинских центров. Хорошо организованная работа экстренной консультативно-диагностической помощи позволяет лечащим врачам районных и городских больниц получать телемедицинскую консультацию при внезапно наступивших травмах, острых заболеваниях и других критических состояниях у пациентов.

Согласно приказа МЗ РК № 534 от 5 сентября 2007 года «Развитие проекта мобильной телемедицины в сельской местности» телемедицина установлена в ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» и в 9 районах области: Акжаикский (с.Чапаево), Бокейординский, Бурлинский, Джангалинский, Жанибекский, Казталовский (с.Казталовка), Теректинский (Федоровка), Зеленовский (Переметное), Чингирлауский районах.

В ходе исследования выбранной темы была установлена тесная связь с заведующей информационно-аналитического отдела областной клинической больницы Байгаржановой Алией Жардемовной и оператором Калиевой Айнур Кайрбековной.

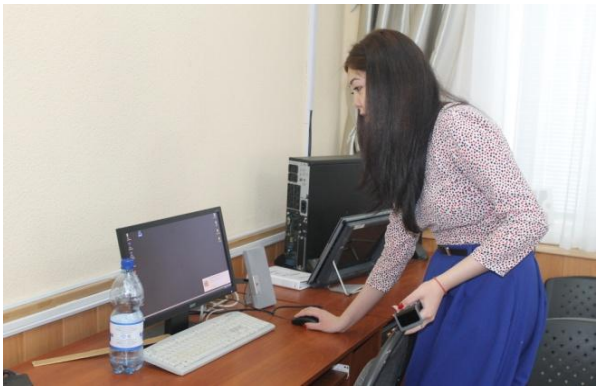


Рисунок 2. Телемедицинский кабинет областной клинической больницы

Телемедицинский кабинет областной клинической больницы оснащен современными телемедицинскими оборудованиями - телевизор марки Polycom, микрофон, колонка, видеокамера, телемедицинский дерматоскоп, термографический принтер, оцифровщик рентгеновских снимков, оборудование ВКС, видеопроектор. Оборудования используются как для консультационных целей, так и для мероприятий обучающего характера (конференции, лекции, семинары, совещания).

Рисунок 3. Оборудования для телеконференции

Всего 800 плановых телемедицинских консультации были проведены за 2015 год, а уже в 2016 г. – 2442, в 3 раза больше. Врачи областной клинической больницы проводят каждую вторую телеконсультацию, а специалисты онкодиспансера – каждую четвертую, и работа в этом направлении продолжается. Телемедицинские консультации также проводятся с городами Астана и Алматы.

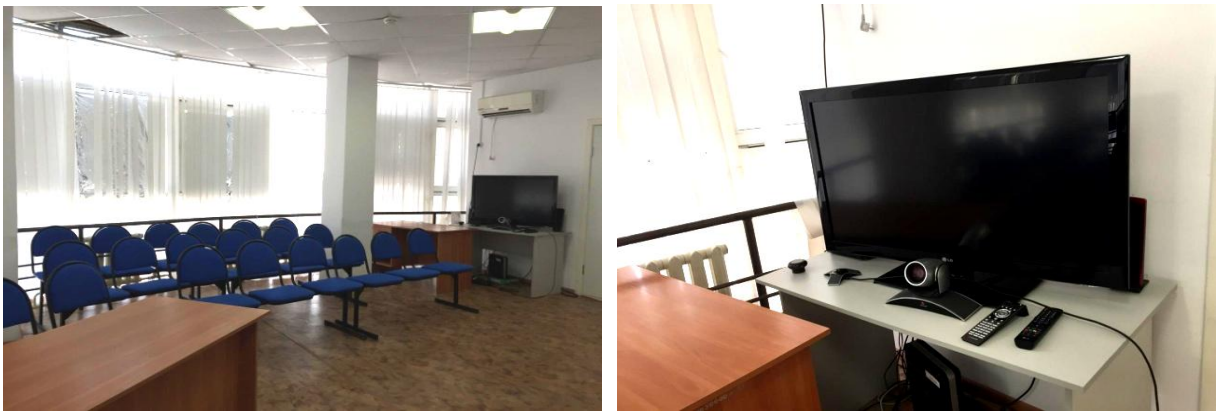


Рисунок 4. Телемедицинский кабинет **Бурлинского района, г.Аксай**

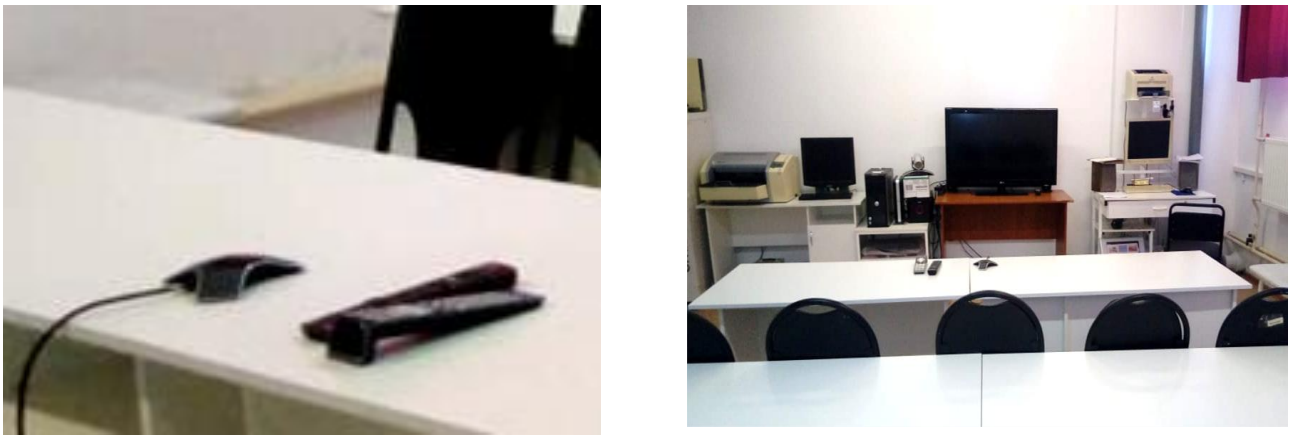


Рисунок 5. Телемедицинский кабинет **Джангалинского района, с.Жангала**

Мы также участвовали на совещании с использованием телемедицины в Областном Центре по профилактике и борьбе со СПИД ЗКО.

В работе совещания приняли участие заместители руководителей центральных районных больниц 4 районов (Жанибекский, Жангалинский, Казталовский и Бокейординский), представители поликлиник г. Уральск (6 Поликлиник) и дерматовенеролог Облкожвендиспансера.

Одной из острых тем совещания стала тема: «О несвоевременном обследовании на ВИЧ реципиентов крови и ее компонентов». Кроме данного вопроса, на совещании звучали доклады об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в РК, в ЗКО, о внедрении мониторинга обследования лиц по клиническим показаниям, о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, о динамическом наблюдении и контроле диспансеризации женщин фертильного возраста, о диспансеризации детей с ВИЧ и детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей на уровне ПМСП. Специалисты доложили итоги проверок организаций ПМСП и ЦРБ по профилактике ВИЧ-инфицирования.

На совещании выступили заместитель директора ОЦ СПИД А. А. Мантакова, заведующая эпидемиологическим отделом Р. Н. Еламанова, заведующая лечебно-профилактическим отделом ОЦ СПИД Ж. Т. Нурушева,

дерматовенеролог ОКВД Л. И. Кабардинская.

Специалисты, принявшие участие в совещании, по достоинству смогли оценить доступность и удобства проведения совещания с использованием новых инновационных методов связи.

Рисунок 6. Совещания с использованием телемедицины в Областном Центре по профилактике и борьбе со СПИД ЗКО.

Выводы:

1. Телемедицина может быть ключевым компонентом укрепления системы медицинского обслуживания и достижения цели всеобщего охвата услугами здравоохранения. Хорошо управляемая национальная сеть телемедицины может быть эффективным инструментом своевременной профилактики, диагностики, управления и лечения.

2. Государственно-частные партнерства могут быть полезны для расширения масштабов телемедицины и внедрения рамок интегрированного медицинского обслуживания, ориентированного на нужды пациентов.

3. Информационные и коммуникационные технологии могут содействовать решению ранее неразрешимых проблем в области политики, таких как доступ сельского населения в крупных, малонаселенных странах к медицинскому обслуживанию и специализированной помощи.

Литература

1. Нормативно-правовые акты.
2. Конституция РК от 30.08.1995 года.
3. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 года №193-IV.
4. Указ Президента РК от 15.01.2016 года №176 Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы.
5. Послание Президента РК Назарбаева Н.А. «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства.
6. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017-2021 гг. Астана; 2017.

ГРАФИЧЕСКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССА

Капин Я.А.,
обучающийся 1 курса
научный руководитель
Курганская Е.В.,
преподаватель,
Шенталинский филиал ГБПОУ ТМедК

При изучении темы «Графическое представление процесса» меня заинтересовало понятие интерфейс. Цель проекта - изучить, что такое интерфейс и как он устроен.

Задачи проекта выяснить:

-что важно для удобного и функционального интерфейса;

- среди студентов знания по данной теме.

Для решения задач мною были изучены источники литературы и проведено анкетирование студентов 1 и 2 курсов Шенталинского филиала Тольяттинского медицинского колледжа.

Данная тема является актуальной, так как в наше время мы все пользуемся электронными устройствами – компьютерами и телефонами. Что бы сделать их использование удобным, нужен удобный интерфейс.

Его удобство упростит выполнение многих задач. Если пользователь понимает что происходит на экране, значит интерфейс удобный. Правильное графическое представление – одно из самых выжных направлений использования персонального компьютера, причем занимаются этой работой не только профессиональный художники и дизайнеры. На любом предприятии время от времени возникает необходимость в подаче рекламных объявлений в газеты и журналы или просто в выпуске рекламной листовки или буклета. Крупные фирмы заказывают такую работу специальным дизайнерским бюро или рекламным агентствам.

Без компьютерной графики не обходится ни одна современная мультимедийная программа. Работа над графикой занимает до 90% рабочего времени программистских коллективов, выпускающих программы массового применения.

Необходимость широкого использования графических программных средств – стала особенно ощутимой в связи с развитием Интернета.

Несмотря на то, что для работы с компьютерной графикой существует множество классов программного обеспечения, различают всего три вида компьютерной графики. Это растровая графика, векторная графика и демонстрационная графика. Они отличаются принципами формирования изображения при отображении на экране монитора или при печати на бумаге.

Интерфейс – основная графическая составляющая в любой операционной системе. Он предназначен для того, что бы обычный пользователь мог сесть за компьютер, и без особых проблем, без предварительной подготовки, мог разобраться куда «тыкать». Это пример правильного интерфейса.

Интерфейс - совокупность средств и методов взаимодействия элементов в системе (в данном случае – системе взаимодействия компьютера и человека). Что бы интерфейс был понятен типичному пользователю, в нем должны использоваться простые для понимания обозначения в виде геометрических фигур, надписей.

Пользовательский интерфейс (ПИ) часто понимают только как внешний вид программы. Однако на деле пользователь воспринимает через него всю программу в целом, а значит, такое понимание является слишком узким. В действительности ПИ объединяет в себе все элементы и компоненты программы, которые способны оказывать влияние на взаимодействие пользователя с программным обеспечением (ПО).

Это не только экран, который видит пользователь. К этим элементам относятся:

-набор задач пользователя, которые он решает при помощи системы;
-используемая системой метафора (например, рабочий стол в MS Windows);
-элементы управления системой;
-визуальный (и не только) дизайн экранов программы;
-средства отображения информации, отображаемая информация и форматы;
-устройства и технологии ввода данных;
-обратная связь с пользователем;
-поддержка принятия решений в конкретной предметной области;
-порядок использования программы и документация на нее.

Геометрия, цвет, анимация – три самые необходимые составляющие интерфейса.

Геометрия пожжет упростить получаемую информацию. В наше время человек хочет получить как можно больше информации при минимуме усилий. В этом помогут простые, но понятные и узнаваемые символы. С течением времени такие обозначения упрощались все больше. В момент цифровых технологий они походили на реальные прототипы.

Путем уменьшения и увеличения цветовой гаммы можно направить взгляд пользователя на главное, а деталями показывать остальное. В веб-дизайне цвет определяет эмоциональную реакцию пользователя на сайт, даже если сам человек этого не осознаёт. Правильное использование цвета для фона и других элементов сайта создаст впечатление привлекательности. Теории цвета можно посвятить даже отдельную книгу.

Анимация. В наши дни анимацией в интерфейсе никого не удивишь. Анимации повсюду: сглаживают переходы между экранами, учат пользоваться функционалом приложения или просто направляют внимание пользователей. Я изучил множество статей проанимации, но так и не нашел полного руководства, в котором были бы подробно описаны все правила использования анимации в интерфейсе. Однако хочу выделить основные параметры для удобной и функциональной анимации:

-скорость и длительность анимации;
-сглаживание;
-хореография анимации в интерфейсе.

Разработчики и дизайнеры сайтов, приложений и игр тратят много сил на создание понятного интерфейса. Дизайнеры придумывают, как он будет выглядеть. Разработчики занимаются кодом. Часто дизайн интерфейса меняется в процессе разработки. Разработчики применяют инструменты, такие как компиляторы, браузеры, языки программирования. При разработке учитываются некоторые факторы.

Визуальную часть интерфейса разрабатывают в графических редакторах. В частности используются такие программы как Gimp, PhotoShop, Krita, CorelDraw и т.д.

В большинстве приложений элементы обладают разным функциональным значением. Надо расположить элементы так, чтобы более важные были заметны пользователю в первую очередь, а менее важные - потом.

В большинстве языков текст располагается справа налево, сверху вниз. Принцип работы с информацией, таким образом, используется и при работе с компьютером: взгляд пользователя сперва упирается в верхний левый угол монитора, поэтому более важные элементы должны находится там. Например, если информация в окне относится к покупателю, то поле с его именем должно быть расположено там, где его увидят в первую очередь. Напротив, кнопки OK и CANCEL должны располагаться в нижней части экрана: пользователь не нажимает их до тех пор, пока не закончит работать с остальными данными в окне.

"Позволительность" - визуальная связь между объектом и функцией, с которой он связан. Хотя термин выглядит непривычно, примеров "позволительности" вокруг нас сейчас много. Рукоятки на велосипеде имеют специальные выемки для пальцев - "позволительность", подсказывающую, за что надо хвататься. Кнопки, рубильники - примеры "позволительности", потому что, глядя на них, понимаешь их предназначение.

Создавая приложение, разработчик должен стремится к тому, чтобы пользователь увидел "позволительность" там, где это требуется. Например, трехмерные эффекты на кнопках подчеркивают их предназначение. Но если сделать ее плоской, то пользователь может не догадаться, что это - кнопка. Если убрать элемент объемности из поля для ввода текста, его легко можно принять за нередактируемый элемент.

С помощью свободного пространства можно отделять друг от друга элементы в окне и придавать особый акцент некоторым из них. Не стоит располагать очень много элементов на одном окне - это ведет к ощущению хаотичности интерфейса и создает впечатление недоработанной, дешевой программы.

Пожалуй, наиболее важным принципом создания интерфейса является стремление к простоте. Если интерфейс выглядит сложным, то программа будет восприниматься пользователем с трудом. Да и с эстетической точки зрения простой, ясный дизайн всегда выглядит лучше.

Стандартная ошибка при составлении интерфейса программ - смоделировать внешний вид программы по подобию реальных объектов.

Предположим, что вам требуется сделать программу для ввода больших анкет (например, для страховой компании). Первое, что придет в голову, - это разработать окно, которое в точности повторяет анкету. Но это вызовет массу проблем. Ведь размеры монитора и формат анкеты часто не совпадают, и, следовательно, это скажется на интерфейсе программы: или поля для ввода будут слишком маленькими, или пользователю придется постоянно работать с полосами прокрутки - в любом случае это будет плохой интерфейс. В ситуациях такого рода надо разработать собственный интерфейс, сохранив вид анкеты для печати. В пример можно привести расположение объектов на рабочем столе ПК.

Анкетирование проводилось среди студентов 1 и 2 курсов Шенталинского филиала ГБПОУ ТМедК. Всего было 54 респондента. И анкеты выяснили:

•что такое интерфейс?

-знают – 40 человек;

-не знают – 14 чел.;

•что важнее всего в интерфейсе?

-удобство – 28 чел.;

-привлекательность – 2 чел.;

-функциональность – 24 чел.;

•студенты предпочитают в интерфейсе:

-2х мерные иконки – 24 чел.;

-3х мерные – 30 чел.;

•считают ли важным значение цветовой палитры в интерфейсе?

•- да - 25 чел.;

- нет - 5 чел.;

- не знают –24 чел.;

•работали ли в графических редакторах, если да, то в каких?

- 14 чел. работали только в графическом редакторе Paint;

- 12 чел. работали в других программах (Gimp, AdobePhotoshop);

- 28 чел. не работали в таких программах.

В заключении хочется отметить, что студенты в основном знают понятие интерфейс, считают важным удобство и функциональность. Практически половина опрошенных студентов считают значение цветовой палитры важным, и столько же студентов работала в графических редакторах. Вторая половина респондентов не работала с графической информацией и значение цветовой палитры не считают важным.

Мы выяснили, что такое интерфейс, из чего он состоит и основы его удобства. Для большинства пользователей не имеет значения, что такое интерфейс, однако каждый день без проблем пользуются гаджетами. Большинство готово пренебречь привлекательностью, для эффективной работы. Я глубже изучил тему графического представления и визуализации

процесса, изучил графические редакторы.

Литература

1.https://ru.wikipedia.org

2.https://ux-journal.ru

3.https://lifehacker.ru/emotsii-v-veb-dizajne/

4.Басов К.А. , Графический интерфейс комплекса ANSYS, Издательство: Профобразование, 2019г.- 239 стр.

5.Боронина Л.Н., Сенук З.В., Основа управления проектами, учебное пособие для СПО, Издательство: Профобразование, 2019г.- 133 стр.

6.Конакова И.П., Пирогова И.И., Компьютерная графика, КОМПАС и Auto CAD, учебное пособие для СПО, Издательство: Профобразование, 2019г.- 144 стр.